

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1911

THÈSE

N^o
394

PRÉSENTÉE POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS
(MENTION MÉDECINE)

PAR

Vera SCHMARINE

Née à Astrakan (Russie), le 18 septembre 1886

DE LA

NÉPHRITE PNEUMOCOCCIQUE
CHEZ L'ENFANT

(ÉTIOLOGIE, SÉMILOGIE, ANATOMIE PATHOLOGIQUE)

Président : M. HUTINEL, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (vi^e)

—
1911

394

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

MM.

Anatomie.	NICOLAS
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale.	GARIEL
Chimie organique et chimie générale.	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.	ACHARD
Pathologie médicale.	WIDAL
Pathologie chirurgicale.	DEJERINE
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE
Histologie.	PIERRE MARIE
Opérations et appareils.	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.	HARTMANN
Thérapeutique.	POUCHET
Hygiène.	MARFAN
Médecine légale.	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.	CHAUFFARD
	ROGER
Clinique médicale.	HAYEM
	GILBERT
	DEBOVE
	LANDOUZY
	HUTINEL
Maladies des enfants.	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux.	
Clinique chirurgicale.	DELBET
	QUENU
	RECLUS
	SEGOND
Clinique ophtalmologique.	DELAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	ALBARRAN
	BAR
Clinique d'accouchements.	PINARD
	RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique.	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.	ALBERT ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LERI	RETTNER
BRINDEAU	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BROCA (A.)	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GULLAIN	MAILLARD	ROUVIERRE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOI	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBE (M.)	NICLOUX	TEBRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYK	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECENE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR HUTINEL

*Qui a bien voulu me faire l'honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse. Qu'il me permette de lui
exprimer ici toute ma reconnais-
sance pour les excellents enseigne-
ments cliniques que j'ai retirés
de ses leçons.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR BARRÉ

*Qui a bien voulu me guider dans la
rédaction de cette thèse.*

AVANT-PROPOS

Parmi les complications qui peuvent venir aggraver l'évolution des affections pulmonaires pneumococciques, la néphrite pneumococcique présente un intérêt tout particulier. Il est fréquent, presque constant, de voir au cours d'une pneumonie apparaître de l'albumine dans les urines. En général, cette albuminurie passagère ne dure que quelques jours, elle trahit le retentissement de l'infection pneumococcique sur le rein ; elle cesse rapidement et n'aggrave guère le pronostic ; ce n'est qu'un épisode au cours de la pneumonie et ce n'est pas ce que nous nous proposons d'étudier.

Il est d'autres cas beaucoup plus intéressants où cette albumine cesse d'être un épisode passager et devient le signal d'une grave complication : la *néphrite pneumococcique*.

Cette néphrite a été étudiée par Caussade qui, dans sa thèse inaugurale, a tenté d'en fixer les caractères anatomiques et cliniques. Mais la plupart des observations rassemblées dans son travail concernent des adultes dans les reins desquels ont été trouvées des lésions fort complexes et du tissu interstitiel et du

parenchyme rénal. Dans ces lésions, il est difficile de faire la part de ce qui relève en propre de l'infection pneumococcique et de ce qui n'est peut-être que le reliquat de lésions rénales antérieures.

Nous nous sommes proposée, ayant eu l'occasion d'observer dans le service du professeur Hutinel un cas de néphrite pneumococcique chez l'enfant, de rassembler ici un certain nombre d'observations semblables. La néphrite pneumococcique s'affirme dans les reins de l'enfant en général indemnes de lésions antérieures, par des lésions tout à fait caractéristiques, et que l'on doit presque sans hésitation mettre sur le compte de l'infection pneumococcique. Mais en dépit de tous nos efforts nous n'avons pu réunir que 29 observations de néphrite pneumococcique chez l'enfant.

C'est en nous basant sur les faits rassemblés dans ces 29 observations que nous nous efforcerons de dégager les caractères généraux que prend la néphrite pneumococcique lorsqu'elle frappe les enfants.

DE LA

NÉPHRITE PNEUMOCOCCIQUE

CHEZ L'ENFANT

(ÉTIOLOGIE, SÉMIOLOGIE, ANATOMIE PATHOLOGIQUE)

CHAPITRE PREMIER

DONNÉES ÉTIOLOGIQUES

Nous nous contenterons de résumer les quelques données que nous fournissent les observations que nous avons entre les mains ; ces données ont trait à l'âge, au sexe, aux antécédents des petits malades.

Age. — La néphrite pneumococcique s'est rencontrée 9 fois dans les 6 premiers mois ; 8 fois de un an à deux ans ; 1 fois de trois ans à quatre ans ; 4 fois de quatre ans à cinq ans ; 1 fois de neuf ans à dix ans ; 1 fois de douze ans à treize ans ; 1 fois de treize ans à quatorze ans.

Elle frappe le plus souvent la première enfance.

Sexe.— La néphrite pneumonique s'est rencontrée 14 fois chez des petits garçons, 9 fois chez des petites filles.

Elle frappe à peu près indifféremment les deux sexes.

Antécédents. — La plupart des observations sont muettes à ce sujet ; aucune donnée sur les antécédents héréditaires.

Quant aux antécédents personnels, 14 observations seulement en font mention.

La néphrite pneumonique se rencontre aussi bien chez des enfants dont l'état général était fort bon (I, V, XI), que chez des enfants délicats (IV), plus souvent semble-t-il chez des enfants soumis à l'allaitement artificiel (VII, XIV, XVI, XVII) que chez des enfants élevés au sein (VIII).

Dans d'autres cas, au contraire, les enfants ont eu quelque temps auparavant des maladies graves ; c'est ainsi que l'on retrouve une fois une albuminurie passagère avec œdème, antérieure de dix mois à la néphrite pneumonique (III).

Dans 1 cas on retrouve des maladies infectieuses antérieures bien caractérisées, ce furent :

Une scarlatine antérieure de dix mois à la néphrite pneumonique, et qui laissa l'enfant en assez mauvaise santé (VI) ;

Une scarlatine antérieure de trois ans, sans suites, mais qu'avait précédée d'un an une fluxion de poitrine (II) ;

Une variole avec abcès multiples, au décours de laquelle est apparue la néphrite pneumonique (XIII) ;

Une rougeole ayant laissée comme reliquats une toux continuelle (X) ;

Une diphtérie ayant duré six semaines, s'étant accompagnée d'abcès aux oreilles et sur le corps et dont l'enfant paraissait guéri depuis une huitaine de jours (VII).

Il est donc impossible, en présence d'un si petit nombre de faits, de déduire une loi générale. *Il est vraisemblable que dans un certain nombre de cas la néphrite pneumonique s'est développée chez un sujet dont le terrain pulmonaire (II, X) ou rénal (III, VI, II, VIII, X) avait été préparé par une infection antérieure.*

Toutefois, nous devons retenir encore ce fait, que la plupart de ces enfants n'ont pas de passé pathologique rénal bien chargé.

Leur rein n'est pas atteint d'une sclérose antérieure. Ce qui explique qu'au point de vue anatomo-pathologique, on observe peu de lésions du tissu conjonctif interstitiel, le maximum de lésions siège sur les épithéliums rénaux.

CHAPITRE II

SYMPTOMES

Il y a deux formes cliniques tout à fait différentes de la néphrite pneumonique : *la forme bénigne* et *la forme grave*. Celle-ci est de beaucoup la plus fréquente. C'est celle que nous prendrons comme type de description.

Dans la forme bénigne on peut distinguer deux variétés cliniques : l'une extrêmement légère, ne se traduit que par l'apparition d'albuminurie au cours d'une pneumonie, albuminurie transitoire, n'aggravant nullement le pronostic et qui comme nous l'avons dit n'est qu'un simple épisode. Nous ne la signalerons que pour mémoire.

L'autre variété constitue la forme bénigne proprement dite de la néphrite pneumonique. Elle se traduit à peu près exactement par les mêmes symptômes que la forme grave. Mais ceux-ci sont moins marqués, perdent rapidement leur intensité et le malade guérit.

Nous insisterons sur les caractères particuliers que prend la maladie dans ses formes bénignes.

Nous décrirons d'abord l'aspect clinique de la forme grave puis de la forme bénigne.

1. *Forme grave*. — Le début de la néphrite pneumonique est le plus souvent brusque et se manifeste

par des symptômes rénaux, pulmonaires et des symptômes généraux.

Tantôt les signes d'insuffisance rénale et des lésions pulmonaires apparaissent simultanément ; un enfant est pris de toux, point de côté, fièvre, et présente de l'oligurie et un œdème plus ou moins étendu (I, VII, XIV, XV, XVI). Ce début brusque s'accompagne fréquemment de symptômes généraux fort graves, fièvre, vomissement, prostration, anorexie (VII, XXI, XXV). Parfois même le début est foudroyant et l'enfant meurt très rapidement (XXIII). Tantôt on voit apparaître d'abord des signes de lésion rénale, puis secondairement les signes de lésions pulmonaires ; parfois la maladie suit une marche inverse.

C'est ainsi que souvent l'affection débute par de l'œdème, de l'albuminurie, de l'oligurie (XI, XVII), puis ce n'est que deux, trois, quatre, cinq jours après qu'apparaissent les manifestations pulmonaires. Quelquefois même celles-ci n'apparaissent pas, on croit qu'il n'existe que des lésions rénales et la lésion pulmonaire est une trouvaille d'autopsie (III).

Dans d'autres cas c'est l'affection respiratoire qui ouvre la marche, la toux, le point de côté, la dyspnée précèdent l'apparition de l'albuminurie et de l'œdème (XX, XXIV, XXVI).

A côté de ces cas où la maladie débute dans un état de bonne santé relative, il en est d'autres où c'est au cours d'une maladie qu'apparaît la néphrite pneumonique. Elle se manifeste encore ici brusquement, soit par l'apparition simultanée de symptômes

rénaux et pneumoniques, soit par l'apparition de symptômes d'insuffisance rénale.

Ce n'est que fort rarement que le début de la néphrite pneumonique est insidieux et lent, précédé par des prodromes qui se manifestent pendant quelques semaines avant que se précise la maladie en cause (IX).

Nous étudierons successivement les symptômes qui trahissent la lésion rénale, puis les affections de l'appareil respiratoire qui l'accompagnent, les troubles généraux et enfin les troubles accessoires des divers appareils.

1° Symptômes traduisant la lésion rénale

Ce sont les œdèmes, les modifications des urines.

Œdèmes. — L'œdème est presque constamment observé, mais ses modalités sont assez variables.

Le plus souvent, c'est un œdème généralisé, qui commence par la face ou les membres inférieurs et s'étend à tout le corps (I, III, VII, IX, XI), tuméfiant le scrotum (V, IX) et provoquant parfois l'apparition d'une ascite qui peut être assez abondante (III, VII, IX.)

Dans quelques cas l'œdème est moins étendu, il peut se limiter à la face (XIII), aux membres inférieurs (XXVII, XXVIII). Cet œdème s'établit en général assez rapidement.

Modifications des urines. — Ces modifications

portent sur la quantité, la couleur, la réaction des urines et sur leur composition.

Quantité des urines. — L'oligurie est la règle (III, IX, XI); elle peut être fort marquée; la quantité des urines que l'on est obligé de retirer par cathétérisme peut s'abaisser à 20 centimètres cubes (XXVIII), 4 centimètres cubes (XVII) par vingt-quatre heures.

Couleur. — Les urines sont très foncées en couleur : rouges, rouge brun, boueuses, jaune foncé (III, VII, IX, XI) et surtout elles sont fréquemment hémorragiques, tantôt elle ne renferment que quelques hématies, mais le plus souvent elles sont franchement sanglantes (IX, XVIII).

C'est là un caractère très important de la néphrite pneumonique.

Réaction. — Ici encore nous possédons peu de documents; il semble que l'acidité de l'urine s'élève (III).

Composition des urines. — Les deux seuls modifications de l'urine sur lesquels nous possédons des renseignements sont l'apparition d'albumine et d'un sédiment.

L'albuminurie est presque constante, sa quantité est variable, parfois légère; elle peut être plus abondante : 1 gr. 5, 3 grammes, 2 grammes par litre (VII, IX, XVIII); mais en général c'est une albuminurie assez modérée, étant donné surtout le chiffre restreint des urines.

Quant aux caractères qualificatifs de cette albu-

minurie, nous ne possédons aucune donnée précise.

Sédiment. — Ce que l'on rencontre le plus fréquemment dans le sédiment, ce sont des globules rouges (IX, XVIII), plus rarement des leucocytes (XVIII) et des microbes [pneumocoques et streptocoques (XVIII)].

On rencontre aussi fréquemment des cylindres dans ces sédiments. Ce sont soit des cylindres hémorragiques, soit des cylindres épithéliaux, soit des cylindres hyalins, mais le plus souvent ce sont des cylindres granuleux, fibrineux, épais, bruns, visqueux auxquels adhèrent parfois des cellules épithéliales (III). On a encore quelquefois pu noter des cristaux d'acide urique (III).

En résumé les deux éléments les plus importants que l'on rencontre dans le sédiment sont : 1° des globules rouges; 2° des cylindres granuleux.

2° Lésions de l'appareil respiratoire

Tandis qu'évoient les symptômes d'insuffisance rénale, l'auscultation du malade permet de suivre les progrès de l'affection pulmonaire concomitante.

Il s'agit, dans l'immense majorité des cas, de broncho-pneumonies à foyers plus ou moins nombreux, à lésions plus ou moins étendues ; quelquefois, il semble qu'il s'agisse de ces broncho-pneumonies à forme

pseudo-lobaire qui font la transition entre la broncho-pneumonie typique et la pneumonie lobaire, affection que l'on ne rencontre presque jamais avant l'âge de trois ans environ. Les lésions pulmonaires sont parfois accompagnées de lésions pleurales avec épanchement séro-fibrineux ou purulent. L'expectoration semble manquer le plus souvent.

La toux, en général légère, éclate parfois en quintes très fortes, et dans d'autres cas est au contraire continue.

Le malade souffre de points de côté thoraciques et abdominaux. La dyspnée est très marquée; elle résulte pour le moins autant de la lésion rénale que de la lésion pulmonaire. Nous l'étudierons en même temps que les symptômes généraux.

3° Symptômes généraux

L'état général des malades atteints de néphrite pneumonique est, d'emblée, franchement mauvais. Les enfants sont pâles, faibles, anorexiques, ils s'amaigrissent, perdent rapidement leurs forces et leur vivacité (I, IV, VII, XIV, XV, XX, XXI, XXVII, XXVIII). Quelquefois ils ont l'aspect d'un brighitique (III), l'état général empire jusqu'à la mort.

Facies. — Le facies des petits malades est toujours tiré, pâle et transparent.

Température. — La température des enfants

atteints de néphrite pneumococcique présente des caractères très variés et souvent contradictoires.

Dans la règle, il y a élévation rapide de la température et elle reste élevée pendant tout le cours de la maladie, oscillant soit entre 38 et 41 degrés.

Dans un certain nombre de cas, elle reste assez basse, entre 37 et 38° 5 (XV, XXII), ou même au voisinage de la normale (XXII, XXIII, XXVII, XXVIII).

Enfin, on a vu souvent se manifester une hypothermie marquée.

Tantôt le malade a d'abord de la fièvre, puis sa température retombe au-dessous de la normale (XX, XXIV, XXV), tantôt il reste hypothermique pendant toute sa maladie (XVI).

Le petit malade que nous avons observé dans le service du professeur Hutinel (I) est un exemple typique de cette hypothermie. La température s'était abaissée jusqu'à 32° 9 pour remonter péniblement, sous les efforts faits pour réchauffer l'enfant, à 35, 35° 2, 36° 6 et 37 degrés. Puis de nouveau elle se remet à baisser et dans la journée où il mourut, l'enfant eut une température rapidement décroissante, pour atteindre le voisinage de 32 degrés durant les vingt dernières heures.

En résumé la néphrite pneumonique est le plus souvent hyperthermique, mais il n'est pas exceptionnel qu'elle soit hypothermique.

Pouls. — Le pouls est le plus souvent fort rapide. Dans le cas où l'hypothermie est très marquée, il peut

se ralentir (I). Il ne semble pas qu'il y ait jamais dissociation entre le pouls et la température. Ce pouls est faible, imperceptible, fuyant.

Dyspnée. — La dyspnée est une règle presque absolue dans la néphrite pneumonique, il est exceptionnel qu'elle soit minime (III). Parfois elle n'est que légère ; la respiration est seulement laborieuse. Le plus souvent elle est fort intense (I, IV, VII, XI, XIII, XIV, XVI, XVIII, XIX, XXI, XXIV, XXV, XXVI) s'accompagne de tirage (VII), d'angoisse (XVI), d'accès violents d'étouffement (VIII), de cyanose (XI). Parfois c'est une véritable asphyxie (XVIII, XXII).

4° Troubles nerveux

Ces troubles sont très fréquents ; l'enfant est agité (VII) ou prostré (I, XIV, XV, XXI, XXV), plongé dans le coma (XIX, XX, XXVII, XXIX). Parfois aussi il passe par des alternatives de prostration et d'agitation, de délire et de semi-coma, d'abattement et de convulsions ; somnolent et abattu il répond mal aux questions qu'on lui pose.

5. Troubles digestifs

Outre l'anorexie qui est la règle (V, XV, XXV), on observe très fréquemment, presque constamment, des vomissements (XI, XIV, XV, XVIII, XIX, XXI, XXV).

La diarrhée beaucoup est plus fréquente (IX, X, XVII, XVIII) que la constipation (II, V). L'abdomen est parfois distendu (VII). Les enfants ont la langue sèche et souvent des lésions de stomatite et d'angine (I, VII, IX).

6° Troubles cardiaques

L'examen du cœur ne révèle rien de bien particulier, parfois absolument négatif, il a pu, dans d'autres cas révéler outre une accélération, des battements, un assourdissement des bruits du cœur.

Mais il semble qu'il n'y ait aucun trouble cardiaque lié en propre à la néphrite pneumonique.

7° Troubles cutanés

On a pu accessoirement observer des troubles dermiques tels qu'une éruption de petites vésicules séro-purulentes (IX), des traces d'éruption ou de desquamation de la face (XI) et (I) des eschares au coude-pied et à la plante du pied gauche, ainsi qu'une éruption vésiculo-bulleuse pemphigoïde au niveau du coude et de la cuisse droite.

Mais ici encore, il n'y a rien qui mérite de retenir notre attention.

TERMINAISON

La terminaison mortelle survient au bout d'un

temps variable. La mort a été excessivement rapide (XXIII, XVI) ou est survenue au bout de deux jours (XXVI) de trois jours (III, XXVII), de quatre jours (XI, XV, XIX), de cinq jours (VII, XIV, XVII, XXII, XXV), de sept jours (XX), de neuf jours (XXI, XXIV), de dix jours (XVIII), de onze jours (XXVIII), de *quelques jours* (XII, XIII).

Dans un seul cas elle s'est produite tardivement, subitement au bout de vingt-huit jours chez un enfant dont la pneumonie s'était compliquée d'une pleurésie purulente (IX).

La mort survient donc rapidement et toujours dans l'asphyxie, le collapsus, le coma.

II. — *Forme bénigne*

S'agit-il au contraire d'une forme bénigne ; l'évolution est, avec des symptômes presque analogues, toute différente, et c'est que nous révèlent les six observations où l'affection a évolué vers la guérison (II, IV, V, VI, VIII, X).

L'affection débute également par l'apparition d'œdème et de symptômes généraux, qu'accompagnent des symptômes pulmonaires d'affection pneumonique.

L'œdème a les mêmes caractères généraux ; parfois il est cependant moins généralisé (II, VIII), encore qu'il puisse s'accompagner de la production d'une ascite abondante (V).

Cet œdème rétrocede avec une rapidité variable ; il peut disparaître en une dizaine de jours (VIII), ou persister pendant une vingtaine de jours et au delà (V).

L'*oligurie* est toujours assez marquée (VIII, X) et même il peut y avoir quelques jours d'anurie sans que le pronostic en paraisse bien aggravé (II, VI). Au bout de quelques jours les urines réapparaissent, et les chiffres des urines augmentent progressivement, et à la période d'oligurie peut faire suite une période de polyurie. Le chiffre des urines atteint rapidement 3.000, 3.200 grammes (II). Les urines rouge foncé sont également sanglantes (II, IV, V, VIII, X), et peu après le malade urine du sang presque pur (V).

La densité des urines semble s'élever au début de la maladie, 1024, 1021, pour diminuer pendant les jours suivants (1012, 1011), puis remonter ultérieurement (II, V). L'acidité de l'urine semble diminuer quand la guérison se produit (V).

En réalité, les données que nous avons trouvées sont un peu insuffisantes pour nous fixer sur la densité et l'acidité exacte des urines. L'albuminurie a toujours été observée (II, IV, V, VI, VIII). Cette albuminurie d'abord légère augmente rapidement puis diminue, soit pour disparaître complètement (II, IV, V, VIII), soit pour persister longtemps après la guérison.

Hématie et cylindres granuleux et épithéliaux se rencontrent également dans les formes bénignes. Les cylindres augmentent pendant les premiers jours de la maladie pour diminuer ensuite.

L'étude des *symptômes respiratoires* qui accom-

pagnent la néphrite pneumonique fournit quelques données importantes. Ces formes bénignes accompagnent des affections pulmonaires franches, le plus souvent pneumonie lobaire franche aiguë (II, VI, VIII, X) et dans quelques cas pneumonie bilobaire (IV, V), et cela se comprend d'autant plus qu'il s'agit toujours dans ces cas d'enfants déjà assez âgés, chez lesquels l'infection pneumococcique peut donner lieu à l'apparition d'une pneumonie lobaire, ce qui ne se produit pas dans la toute première enfance. Mais jamais elle n'accompagne ni broncho-pneumonie ni congestion pulmonaire bâtarde qui se complique si souvent de néphrite pneumonique à forme grave.

Les symptômes généraux sont bien marqués également, si la dyspnée est souvent modérée (II, V, VI, VIII), la température est toujours très élevée, elle monte brusquement au début et reste haute pendant toute la durée de l'affection (II, IV, V).

A la fin de la maladie, la chute thermique se fait de différentes manières. Parfois brusquement (IV), mais habituellement il n'y a ni défervescence brusque, ni chute en lysis. Il y a chute de la température, puis elle s'élève le lendemain et le surlendemain, pour retomber de nouveau et cette fois définitivement un ou deux jours plus tard (II, V, VI, VIII, X). Le pouls est rapide, ferme, bien frappé, un peu dur. L'état général, d'abord fort touché, se rétablit peu à peu (II, V). Il est toujours moins atteint que dans les formes graves.

Au lieu du facies pâle du néphrétique (que l'on

peut d'ailleurs rencontrer [IV, V]), il n'est pas rare de voir le facies rouge congestionné de la pneumonie avec herpès labial sinus, etc. (II, V, VI, X).

Les symptômes nerveux sont plutôt des alternatives d'agitation et de prostration que de la prostration complète.

Les symptômes digestifs sont des vomissements, de la diarrhée (II, IV, V, VI), parfois de la constipation (II, V).

La peau des petits malades est parfois le siège d'éruptions, éruption scarlatiniforme (IV), herpès labial (X).

Ce sont donc dans l'ensemble les mêmes grandes lignes que dans l'affection grave, mais avec évolution progressive vers la guérison.

CHAPITRE III

TERMINAISON

La guérison est rare. Dans nos observations elle se produit au bout d'un temps variable : au dix-septième (VI), vingtième (VIII), vingt-quatrième (V), trente-cinquième (II), quarante-cinquième (X), cinquante-quatrième jour (IV).

Dans 4 cas, la guérison a été en apparence complète ; dans 1 cas (X) l'albuminurie a persisté, dans un autre cas (IV), l'enfant a fait trois mois après une pneumonie franche aiguë qui a évolué sans incidents.

PRONOSTIC

Le pronostic de la néphrite pneumonique est fort grave. La gravité immédiate est très grande, puisque sur 28 cas, nous avons observé 22 morts et 6 guérisons. Il est difficile de se prononcer sur la gravité à longue échéance de la néphrite pneumonique, puis les observations sont muettes au sujet de la santé ultérieure des enfants.

Il semble qu'il faille craindre s'ils en réchappent, qu'une néphrite chronique ne vienne tôt ou tard frapper le rein qu'a déjà touché une lésion pneumonique.

CHAPITRE IV

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

LÉSIONS RÉNALES

Aspect extérieur du rein

Le rein de la néphrite pneumonique est un rein volumineux (I, VII, XII, XXV, IX, XV, XI, XIII, XXIII, XVI, XVII, XVIII, XIX, XX, XXI, XXII, XXIII, XXIV, XXV, XXVI, XXVII, XXVIII), généralement pâle, présentant un aspect blanchâtre (I, III, XI, XIII) et parfois congestionné avec des zones congestionnées et parfois des foyers hémorragiques visibles sous la capsule (IX, XV).

Surface de section. — Le rein est facile à décor-tiquer (I, VII, IX), la zone corticale est volumi-neuse (VII), doublée ou triplée de volume (I, IX) présentant de petits foyers hémorragiques (VII, IX);

La zone médullaire présente quelques modifica-tions macroscopiques, on a pu remarquer une légère zone congestive de la base des pyramides (III), une congestion massive des pyramides (I).

EXAMEN HISTOLOGIQUE

I. — Zone corticale.

Glomérules. — Les glomérules de Malpighi sont tuméfiés et parfois si tuméfiés qu'ils semblent occuper toute la zone corticale (XXIII). Leur épithélium est trouble, granuleux, desquamé; (XIII) la capsule de Bowmann est remplie d'un exsudat granuleux, plus ou moins riche en lymphocytes, cellules migratrices (XIV, XXI). Le glomérule est de plus entouré de cellules migratrices (XXIII).

Tubes contournés. — L'épithélium du tube contourné est sur une plus ou moins grande étendue frappé de dégénérescence; les cellules tuméfiées prennent un aspect granuleux (XIV, XIX, XXIII, XXI, XXVIII), elles prennent mal les colorants (XV, XIX), certaines sont en dégénérescence graisseuse (XIII), d'autres sont en voie de nécrose plus ou moins avancée (I, XXIV, XXI, XII, XVI, XXV, XXVI, XVII, XVIII, XX, XXVII, XXVIII). Dans certains reins, on ne rencontre plus une cellule épithéliale saine (XIX), dans d'autres la nécrose est poussée si loin qu'il ne reste plus au niveau de quelques tubes que leur gaine conjonctive (XXV).

De plus les tubes contournés sont encore comprimés extérieurement par des cellules migratrices (XV, XVI).

Leur lumière disparaît parfois complètement grâce à la compression qu'ils subissent de la part des cel-

lules migratrices (XV, XVI), grâce aussi à l'énorme tuméfaction des cellules épithéliales (XXI, XXVIII), dans d'autres cas plus fréquents elle est remplie d'un exsudat granuleux où l'on distingue des cylindres albumineux, des cylindres épithéliaux, des hématies, des grains fins, des cellules épithéliales desquamés (I, III, XIII, XV, XVI, XVII, XVIII, XIX, XX, XXI, XXVI).

Substance interstitielle. — Le tissu interstitiel de la zone corticale est bourrée, infiltré de leucocytes (I, XIV, XV, XXV, XVI, XIX, XXIII, XXVII).

II. — Zone médullaire.

Peu de lésions ; on a vu des cylindres granuleux remplir la lumière de la branche ascendante de l'anse de Heule (XIII). Quant aux tubes droits, leurs lésions qui ont les mêmes caractères que celles qui frappent les tubes contournés, sont toujours beaucoup moins accentuées. Parfois cependant tout le rein, apparaît (I) comme frappé en masse de dégénérescence aiguë.

III. — Vaisseaux du rein.

Les capillaires sont distendus, remplis de leucocytes (XIII).

LES VOIES DES AUTRES ORGANES

I. — *Appareil respiratoire.*

Larynx, trachée. — Le larynx et le trachée ont été trouvés une fois recouverts de fausses membranes diphtériques (XIII), et une autre fois d'un exsudat plus riche en pneumocoques, recouvrant des lésions d'inflammation épithéliale (XXVI).

Poumons. — Les lésions qui furent reconnues à l'autopsie des malades atteints de néphrite pneumonique, furent le plus souvent des lésions de broncho-pneumonie.

Ces lésions sont le plus souvent très étendues, occupant les deux poumons, et sont soit au stade d'inflammation aiguë (I, III, XV, XIV, XXIII), soit au stade de suppuration (XVIII, XX, XXIV), dans quelques cas les lésions sont celles de la forme pseudo-lobaire, de la broncho-pneumonie (IX, XI, XII, XXVI) au stade d'inflammation ou de suppuration.

Plèvre. — Un liquide séro-fibreux occupait quatre fois la cavité pleurale VII, XI, XIII, XXV.

Une fois la plèvre droite renfermait 2 litres de pus verdâtre (IX).

II. — *Rate*

La rate fut toujours trouvée tuméfiée, congestionnée,

volumineuse (I, VII, IX, XI, XII, XIII, XIV, XV, XVI, XVII, XVIII, XIX, XX, XXI, XXII, XXIII, XXIV, XXVI).

II. — *Foie*

Le plus souvent le foie est congestionné (XI, XV, XX, XXII, XXV, XXVI), et il présente parfois à la coupe des ilots de dégénérescence graisseuse et vacuolaire (I, IX, XI).

IV. — *Système nerveux*

On a fréquemment observé de l'hyperhémie cérébrale (XIV, XV, XXIV, XXV) et cérébelleuse (XV); parfois les méninges sont hyperhémées (XVII) ou œdématiées (VII); parfois la quantité de liquide céphalo-rachidien a été augmentée (VII).

V. — *Appareil circulatoire*

Rien de particulier à signaler de ce côté : une fois fut observé en même temps qu'une pleurésie purulente un épanchement péricardique séro-purulent (IX), une autre fois un épanchement péricardique citrin d'une centaine de grammes (XI). Dans un cas l'on observa un dépoli de la grande valve de la mitrale (XI).

VI. — *Tube digestif*

A part l'ascite qui a été observée dans un certain

nombre de cas rien de particulier de signaler.

Il y a tantôt hyperhémie, tantôt anémie de l'intestin (XX). Une fois l'intestin contenait de nombreux *ascaris lombricoïdes* (XVII).

CHAPITRE V

BACTÉRIOLOGIE

Nous devons étudier, nous appuyant sur celles de nos observations où ce chapitre se trouve représenté : 1° quels sont les microbes le plus souvent en cause ; 2° quelles sont les associations microbiennes que l'on a rencontrées.

Pour cela les observateurs ont eu recours aux méthodes combinées : 1° d'examen de liquides normaux (sang, urine) ; 2° d'examen de sécrétions et productions pathologiques ; 3° d'examen de coupe d'organes malades ; 4° d'inoculation au lapin, au cobaye, à la souris ; 5° des culturesensemencées avec des fragments d'organes malades.

EXAMEN DE LIQUIDES NORMAUX DE L'ORGANISME

Examen du sang. — Praticué dans 6 cas l'examen bactériologique du sang a été quatre fois négatif (I, XVI, XVII, XX, XXIII) et une seule fois sont

apparus, après ensemencement du sang, quelques rares colonies de staphylocoques blancs (XXV).

Examen des urines. — Dans 2 cas seulement des urines du malade furent injectées à des lapins, les lapins moururent en trois jours (XVIII, XXVIII) et dans l'un de ces 2 cas on retrouva de très abondants pneumocoques dans le sang du lapin (XXVIII).

Examen d'exsudats pathologiques. — Il a été trouvé de nombreux pneumocoques : 1° dans le liquide purulent d'une pleurésie accompagnant une pneumonie au stade d'hépatisation grise (IX) ; dans le liquide séro-fibrineux d'une pleurésie accompagnant une pneumonie lobaire au stade d'hépatisation rouge (XI).

Examen de tissus malades. — Tantôt l'on a examiné des coupes d'organe, tantôt, au contraire, recherché les bactéries dans du suc d'organe ou sur un frottis.

Rein. — Dans 2 cas l'examen de coupes de rein a été négatif (XXII, XXIV), dans 8 cas on a trouvé des pneumocoques en plus ou moins grande abondance (XIV, XV, XX, XXV, XXVI, XXVII, XXVIII).

Dans l'un de ces cas (XIV) les pneumocoques occupaient les tubes rénaux et particulièrement ceux de la région sous-capsulaire ; dans un autre de ces cas (XVI) les pneumocoques ont été retrouvés non seulement dans l'épithélium des tubes rénaux, mais encore dans le tissu conjonctif interstitiel. Un simple frottis du rein a, dans un cas (XI), montré la pré-

sence de pneumocoques semblables à ceux que l'on avait rencontrés dans l'épanchement pleural.

Dans 3 cas, pneumocoques et streptocoques encapsulés ont été trouvés associés les uns aux autres (XII, XIX, XXI).

Dans deux cas, il n'a été trouvé dans le rein que des cocci isolés ou en groupe, mais sans traits bien caractéristiques (XVII, XVIII).

En résumé, dans 16 cas où fut pratiqué l'examen bactériologique du tissu rénal, 12 fois fut rencontré le pneumocoque, 9 fois seul, 3 fois associé à du streptocoque.

On peut donc conclure que dans la néphrite pneumonique le pneumocoque habite le rein.

Cinq fois on a trouvé dans le poumon du pneumocoque pur (I, XI, XV, XX, XXVI), une fois du pneumocoque associé à des cocci, les uns disposés en chaînettes, les autres isolés (XXII).

Autres organes. — Une fois le pneumocoque fut trouvé dans un frottis de pulpe splénique (XI) ; une autre fois dans un exsudat fibrineux qui recouvrait l'épithélium du larynx, de la trachée, des bronches (XXVII).

• • • Inoculations

Sur les 17 lapins qui furent inoculés avec un fragment de tissu rénal, 11 moururent dans un délai de un à quatre jours, présentant tous des pneumocoques très abondants dans le sang (XIV, XVI, XVII, XIX,

XX, XXII, XXIII, XXV, XXVI, XXVII, XXVIII), et toutes les fois que l'épreuve en fut faite, ce sang soit injecté directement, soit cultivé puis injecté se montra extrêmement virulent (XVI, XVII, XIX, XX, XXII, XXV, XXVII). Deux lapins inoculés avec une cultureensemencée avec un fragment de rein périrent également (XIV, XIX).

Dans le sang de deux lapins qui moururent après inoculation de tissu rénal, on retrouva en abondance pneumocoques et streptocoques encapsulés (XII, XXIV) qui, cultivés, se montrèrent encore extrêmement virulents.

Dans 3 cas les accidents qui frappèrent les animaux inoculés eurent une allure différente. Deux lapins furent injectés avec un morceau de rein du même malade, l'un survécut, l'autre mourut avec une double pleurésie séro-fibrineuse où l'on retrouva du pneumocoque (XIII). Dans 2 autres cas, les lapins inoculés moururent au bout de dix à onze jours, et l'on retrouva au point d'inoculation un abcès qui contenait, dans un cas (XXI), du pneumocoque, dans l'autre cas, du pneumocoque et du strophocoque associés (XV), alors qu'aucun microbe ne fut retrouvé dans le sang de ces animaux.

En résumé, dans l'immense majorité des cas, le tissu rénal renferme du pneumocoque pur très virulent qui tue rapidement les animaux inoculés; ce n'est que plus rarement que l'inoculation révèle des associations strepto-pneumococciques ou provoque des accidents d'infection atténuée.

Des expériences semblables furent faites en inoculant l'animal avec de l'urine (obs. XXVII) avec l'exsudat fibrineux recueilli sur les muqueuses des voies aériennes (obs. XXVI) : elles se montrèrent positives.

Dans huit cas l'inoculation fut faite avec des fragments de tissu pulmonaire ou du suc pulmonaire; sept fois le lapin en expérience mourut rapidement (obs. XIV, XVIII, XXI, XXII, XXIII, XXIV, XXVI) et l'on retrouva du pneumocoque dans le sang, une seule fois, la mort ne survint que vingt-sept jours après l'inoculation, sans lésion apparente, sans qu'on ait pu retrouver du pneumocoque dans le sang de l'animal (obs. XXVIII) alors qu'un lapin inoculé avec un fragment de tissu rénal provenant du même malade avait succombé en quarante-huit heures et que son sang renfermait des pneumocoques.

Cultures. — Les culturesensemencées avant un fragment de rein donnèrent les résultats suivants: huit fois du pneumocoque pur (obs. XIII, XIV, XV, XIX, XXIV, XXVIII); une fois du pneumocoque associé à du staphylocoque (obs. XXIII); une fois du streptocoque et du staphylocoque lancéolés (obs. XVIII); une fois du streptocoque encapsulé (obs. XXI); trois fois les résultats furent négatifs (XII, XX, XXII).

OBSERVATION I

Le nommé B..., Francisque, âgé de six ans, entre le 10 février 1911, salle Bouchat, lit n° 11.

On n'a pu recueillir que des renseignements très incomplets sur ses antécédents. Le père est bien portant, la mère paraît atteinte de tuberculose pulmonaire. Trois enfants seraient morts d'affection pulmonaire aiguë depuis peu de temps.

L'enfant, jusque-là bien portant, est malade depuis huit jours.

11 février. — Jour où on examine l'enfant pour la première fois, on constate que son état est extrêmement grave. La peau est froide, sans élasticité; la face et les extrémités sont cyanosées. On trouve de l'œdème au niveau des membres inférieurs, des escarres au cou de pied gauche et au coude droit et à la main droite.

L'enfant reste inerte, prostré, somnolent; il tombe par moments dans un état semi-comateux, dont on ne le fait sortir qu'avec beaucoup de peine. Il n'a pas de délire, de convulsions, pas de raideur ni au niveau de la nuque, ni au niveau des membres. On ne note pas de paralysies. Les pupilles sont étroites, égales, et réagissent bien à la lumière. Les sensibilités visuelles et auditives paraissent très obtuses; la sensibilité cutanée à la douleur est très diminuée. Les réflexes sont normaux.

La respiration est rapide: on en compte 60 par minutes, mais elle est assez régulière; on ne note pas de rythme de

Cheyne-Stokes, seulement quelques pauses de temps en temps. Pas de tirage, pas de battement des ailes du nez.

A l'examen des poumons, on trouve en arrière des deux côtés une matité étendue aux deux tiers inférieurs de la poitrine du côté droit, à la moitié inférieure du côté gauche. A ce niveau, on entend un souffle à timbre creux, ayant tous les caractères du souffle cavitaire, plus marqué à droite qu'à gauche. A la base droite, existent aussi des râles humides à timbre cavitaire, on trouve aussi quelques râles bulleux peu nombreux disséminés ça et là dans les deux poumons.

Les bruits du cœur sont affaiblis, particulièrement le premier bruit. On ne note pas de bruit de galop. La fréquence du pouls est à peu près normale : 92 pulsations par minute. La tension artérielle est basse : elle mesure 85 centimètres de mercure au sphygmomanomètre de Potain. Le pouls est régulier.

La langue est saburrale et sèche ; la gorge est rouge et on constate dans la partie postérieure de la luette un exsudat grisâtre, dans lequel l'examen bactériologique révèle l'absence du bacille diphtérique et la présence de cocci ayant les caractères du pneumocoque. Pas de vomissements ; plusieurs selles diarrhéiques fétides. Le ventre est un peu ballonné ; le foie déborde le rebord costal de deux travers de doigt ; la rate n'est pas perceptible.

Depuis son entrée à l'hôpital, l'enfant n'a pas émis une goutte d'urine et la vessie n'est pas distendue.

La température est extrêmement abaissée : on note 32°9 le matin ; le soir, bien qu'on ait cherché à réchauffer l'enfant par des enveloppements ouatés, la température atteint à peine 35°2.

12 février. — L'état reste aussi grave. Le coma est complet; la peau a pris partout un aspect livide. L'hypothermie persiste : la température a été prise toutes les trois heures ; on trouve : à minuit, 35 degrés ; à 3 heures, 36 degrés ; à 6 heures, 36°3 ; à 9 heures, 36°6 ; à midi, 36°5 ; à 3 heures, 36°6 ; à 9 heures, 37 degrés. Le pouls est lent ; la respiration reste rapide ; il n'y a pas de Cheyne-Stokes. Au niveau des poumons, les râles ont diminué ; tous les autres signes persistent avec les mêmes caractères. Une ponction a été pratiquée à la base droite ; on a retiré seulement quelques gouttes de sang qui ont étéensemencées sur gélose ; la culture est restée négative. L'anurie est toujours absolue. L'œdème est toujours aussi prononcé.

13 février. — L'état ne cesse de s'aggraver ; le collapsus s'accroît ; l'enfant succombe le 14 février à 5 heures du matin. Voici les températures de la dernière journée : à minuit, 36°8 ; à 3 heures, 37 degrés ; à 6 heures, 36°8 ; à 9 heures, 36 degrés ; à midi, 32 degrés ; à 3 heures, 32°3 ; à 8 heures, 32°1.

Autopsie, pratiquée le 15 février. — Hépatisation rouge typique occupant le lobe inférieur du poumon gauche, les lobes moyen et inférieur du poumon droit ; partout les lésions sont du même âge ; pas trace d'hépatisation grise. Les lésions sont strictement limitées à ces lobes pulmonaires. On constate seulement un peu d'œdème des lobes supérieurs des deux poumons. Les bronches ne sont pas dilatées, contiennent quelques mucosités, mais pas de pus. En un mot pneumonie double au stade d'hépatisation rouge plutôt que broncho-pneumonie. Fausses membranes fibrineuses sur les plèvres au niveau des lobes hépatisés, ainsi qu'au voisinage

des scissures interlobaires; pas d'épanchement séro-fibrineux, pas de pus dans les cavités pleurales. Les ganglions trachéo-bronchiques sont gros et rouges, mais on ne trouve pas trace de tuberculose ni dans les ganglions, ni dans les poumons.

Rien d'anormal au niveau du cœur; ni péricardite, ni endocardite; le myocarde paraît à peu près sain; il n'y a pas d'hypertrophie du cœur, pas d'épaississement des parois ventriculaires. Tout au plus, le cœur est-il un peu dilaté.

Le foie est gros, congestionné, présentant des taches blanches et des zones de dégénérescence grasseuse.

La rate est grosse, congestionnée; les corpuscules de Malpighi sont très développés.

Les reins sont manifestement lésés. Ils paraissent augmentés de volume; leur surface est lisse et régulière; la capsule se détache très facilement de l'écorce. Débarrassés de leur capsule, les reins apparaissent marbrés, des taches blanc jaunâtre peu volumineuses, mais nombreuses, tranchent sur le fond rouge vif de l'organe. La consistance du rein n'est pas augmentée. A la coupe, on constate que la surface corticale est manifestement augmentée d'épaisseur; on y trouve des taches blanc jaunâtre tout à fait comparables à celles qui avaient été notées sur la surface. La substance médullaire paraît fortement congestionnée. En somme, les lésions macroscopiques sont celles d'une néphrite aiguë à évolution rapide, à la fois congestive et dégénérative. Les lésions sont surtout remarquables par leur intensité, par leur diffusion; car elles frappent également les deux reins dans la totalité de leur parenchyme.

L'examen histologique a confirmé les résultats de l'examen

macroscopique. Les lésions portent surtout sur les tubes contournés dont l'épithélium est complètement abrasé et dont la lumière est obstruée par les débris des cellules dégénérées; tous les systèmes tubulaires sont atteints au même degré; le filtre rénal est complètement bouché par les débris épithéliaux; il s'est produit une nécrose brutale de tous les épithéliums sécréteurs. Les lésions glomérulaires sont beaucoup plus légères (glomérulite congestive et desquamative). Les vaisseaux sont fortement dilatés. Les lésions conjonctives sont minimales : léger œdème intertubulaire, quelques rares lymphocytes dans le tissu interstitiel. En somme, lésions de néphrite suraiguë, avec nécrose massive de l'épithélium des tubuli contorti et oblitération consécutive des tubes urinaires, expliquant parfaitement l'anurie constatée pendant la vie. A part la congestion, les processus réactionnels sont à peine marqués : la néphrite est presque exclusivement dégénérative.

Rien d'anormal du côté des autres organes, en particulier des surrénales. Pas d'urine dans la vessie.

L'examen bactériologique du poumon a été pratiqué : on a obtenu une culture à peu près pure de pneumocoques. L'ensemencement du sang et du parenchyme rénal n'a pas été effectué.

OBSERVATION II

(Mommensen, *Deut. med. Wochensch.*, n° 36, 1879.
in th. Caussade.)

Commémoratif. — Pierre B..., douze ans. Père très emphysémateux, mère et deux sœurs bien portantes; à huit ans

fluxion de poitrine, à neuf ans scarlatine. Chacune de ces deux maladies l'aurait obligé à garder la chambre pendant quatre semaines, et n'aurait pas eu de suites. De sorte que le malade a pu suivre l'école sans interruption pendant ces trois dernières années.

Le matin du 23 mars 1878 il tombe subitement malade sans cause apparente. Vomissement d'un liquide jaunâtre, ensuite le malade a été pris d'un frisson très intense et a éprouvé en respirant un point de côté dans le côté droit.

Le 24, le vomissement et le frisson se sont renouvelés. Le point de côté est devenu plus intense ; de plus la toux est survenue, l'appétit a disparu. Soif vive. Le malade ne s'est pas plaint de maux de tête.

Le 14, dans l'après-midi, entrée à l'hôpital.

État actuel. — Le malade, qui est bien développé, est couché sur le dos, la face congestionnée. Pas de troubles nerveux. Herpès labial. Dépôt épais sur la langue. Température 39°3, 28 respirations. Pouls fort, 104 pulsations. Pas de lassitude. Pas d'œdème.

Le thorax bien développé fait, pendant la respiration, des mouvements symétriques assez étendus. La pointe du cœur bat dans le cinquième espace. (Pouls veineux sensible dans les jugulaires).

Percussion. — Sonorité normale aux sommets et à la face antérieure du thorax. A droite, en bas et en arrière, matité commençant à la huitième côte, avec une légère résonance tympanique vers l'angle de l'omoplate.

Auscultation. — Premier bruit du cœur à la pointe remplacé par un souffle doux. Respiration puérile. A l'inspiration beaucoup de râles sibilants et ronflants seulement à

droite, en arrière et en bas, murmure vésiculaire très diminué. A l'expiration souffle bronchique ; pas de râle crépitant, mais râles humides à bulles moyennes. Vibrations normales.

Le malade tousse peu, ne crache pas. Après un bain la température tombe à 38°4. Plusieurs vomissements bilieux. Le malade ne mange pas.

25 mars, 7 heures soir. — Température 38°3. Pouls 90. Respiration 26. Ordonnance : salicylate de soude 4 grammes, que le malade vomit immédiatement.

26 mars. — Pendant la nuit peu de toux. Pas de crachats. Le matin 39°7 et 106 pulsations (anurie trois jours). Dans la nuit *le malade a uriné pour la première fois depuis son entrée et a rendu 50 centimètres cubes d'urine, rouge foncé*, très riche en albumine (le dépôt de celle-ci correspondait à environ un tiers de la hauteur totale du liquide) ; elle contient en outre un épais sédiment rouge brun, constitué par des cylindres fibrineux, épais, granuleux, *bruns*, et par d'assez nombreux *globules rouges*. Peu de chlorures.

En arrière, à droite et en bas, bloc de pneumonie très manifeste. Respiration bronchique très marquée dans toute l'étendue de la matité.

A 11 heures, température 40°4, 12 heures 40°2, 1 heure 40 degrés. Lavement avec 6 grammes de salicylate de soude. Température : à 2 heures 40 degrés, à 3 heures 39°8.

Vers 3 heures, le malade, qui n'avait pas encore présenté de symptômes cérébraux, tombe dans un profond sommeil avec stertor. A 4 heures, 39°5. On ne parvient pas à réveiller le malade, en l'interpellant, en l'aspergeant d'eau froide, même en lui enfonçant de longues aiguilles dans la plante du pied ; cependant ces piqûres profondes provoquent quelques

mouvements réflexes, d'ailleurs très lents. Le liquide qu'on verse dans la bouche paraît être avalé, au moins partiellement. Visage couvert d'une légère sueur, non cyanosé. A 5 heures, sommeil encore plus profond. Température 39°6. Respiration 28. Pouls 96. A 5 h. 40, le malade reprend connaissance, montre la langue quand on le demande, mais c'est seulement vers 6 heures que la sensibilité reparait complètement. A 7 heures, température 39 degrés, à 8 heures 37°6. le malade est agité, essaie de sortir du lit, et tombe par terre. Minuit : 38 degrés. Une selle pendant la journée. *Anurie complète.*

27 mars. — La nuit, le malade a été très agité, a essayé plusieurs fois de passer par-dessus les barres du lit, a beaucoup déliré à haute voix. Il s'est calmé vers le matin, à 6 heures. Température 39°3. Pulsations 100. Respiration 24. Le malade répond bien aux questions et dit qu'il se trouve très mal. Grand abattement. La figure, surtout autour des yeux, est un peu enflée. Pas d'œdème. Symptômes pulmonaires à peine changés. Forte bronchite diffuse. Craquats rouillés. Dans le cours de la journée la *sécrétion urinaire reparait*, de sorte que dans la journée du 28 le malade rend 900 centimètres cubes d'urine. Densité 1024. Réaction acide. Grande quantité d'albumine. Dépôt énorme de cylindres décrits précédemment et de globules rouges. Température maxima de la journée 40 degrés.

Température minima de la journée 39 degrés.

Le soir, pulsations 106. Respiration 25. Pas de troubles nerveux.

Sommeil assez calme pendant la nuit, le malade ne tousse pas et n'a plus de point de côté. Pas de maux de tête.

6 heures du matin. — Température 39°3. Pulsations 108. Respiration 26, la zone de matité commence vers le milieu de l'omoplate. Beaucoup de râles humides, rares crachats de pneumonie. Face très rouge, léger œdème autour des paupières. Quantité d'urine rendue jusqu'au matin du 29 : 1000 centimètres cubes, plus claire, contenant moins de sang que celle du jour précédent, mais un sédiment congloméré très remarquable, formé de cylindres d'une coloration *brun foncé*, finement granuleux, en général épais et rugueux. L'albumine se comporte d'une façon spéciale. En effet, en chauffant l'urine, il se précipite une grande quantité de flocons blanc jaunâtre ; en ajoutant deux à trois gouttes d'acide nitrique, une grande partie du précipité se redissout et ce n'est qu'après addition d'un excès de ce réactif que le dépôt reprend son volume primitif. Cette expérience a été plusieurs fois répétée avec l'urine de la veille et celle du jour a été suivie constamment du même résultat. L'addition d'une petite quantité d'acide acétique n'a pas provoqué la dissolution d'une partie du dépôt formé sous l'action de la chaleur. 2 heures de l'après-midi, température 40 degrés. Pouls 100. Respiration 36. Ordonnance : 0 gr. 75 de sulfate quinine, suivie d'une forte chute de la température ; 9 heures du soir 37°6 ; pas de troubles cérébraux à minuit quarante.

29 mars. — Matin. Température 39°5. Pouls 96. Respiration 32. Sulfate quinine 0 gr. 75, la nuit pas de délire. 7 heures soir. Température 38°4. Pouls 96. Respiration 32. La pneumonie ne s'est pas étendue en arrière et en bas, à droite et à gauche beaucoup de râles humides. Expectoration peu abondante malgré une médication appropriée, l'urine a le même aspect qu'hier, trouble, d'une couleur rouge brun sale ;

réaction acide. densité 1026. Quantité d'albumine moyenne ; par contre il y a toujours un dépôt très abondant qui est formé par des cylindres granuleux. Quantité jusqu'au matin du 30 : 900 centimètres cubes.

30 mars. — Matin 6 heures. Température 38°1. Pulsations 88. Respiration 28. — 10 heures, température 39°3. — 2 heures, température 40°8. Ce malade prend 5 grammes de salicylate de soude. A la suite de sueurs profuses chute très marquée de la fièvre (4 heures du soir 38,5. Pulsations 84 à 7 heures. Température 37 degrés). — A droite, en arrière et en bas, il y a encore de la respiration bronchique, jusque vers le milieu du scapulum. Beaucoup de râles. Urine beaucoup plus claire. Densité 1016, peu d'albumine, forte diminution du dépôt de cylindres, ceux-ci sont presque tous des cylindres purement fibrineux. A quelques-uns seulement on voit adhérer des cellules épithéliales. Quantité d'urine 1.500 centimètres cubes,

31 mars. — Matin. Température 37 degrés. Pulsations 80. Respiration 24. Soir. Température 36°7. Quantité d'urine 1.000 centimètres cubes. Ce malade se trouve bien.

1^{er} avril. — Matin. Température 36°5. Pulsations 84. Respiration 24. Soir. Température 37°2. Urine 1.200 centimètres cubes.

2 avril. — L'urine ne contient plus qu'une petite quantité d'albumine et quelques cylindres.

6 avril. — Convalescence un peu retardée par la persistance de la bronchite. En arrière, à droite et en bas la matité dure encore, on y entend aussi un frottement de pleurésie. Dans l'urine, il n'y a plus que des traces d'albumine et plus de cylindres. Pas de fièvre.

12 avril. — Pendant les jours précédents polyurie assez marquée; 3.200 centimètres cubes d'urine dans les vingt-quatre heures.

On trouve encore une petite quantité d'albumine.

A partir du 16 avril, on n'en trouve plus trace, les symptômes de bronchite ont disparu peu à peu; de sorte que le malade est sorti guéri le 1^{er} mai.

OBSERVATION III

(Little, *Lancet*, London, 1888. p. 7. Dublin, J. M., Sc. 1888, 3, LXXXVI, 143, case of acute lobar pneumonia and cronic Bright's disease) (*in thèse* Caussade.)

Dans la séance de l'Académie royale d'Irlande, le 14 mai 1888, le Dr James Little présentait le cas suivant: *Pneumonie aiguë et mal de Bright chronique chez un enfant de quatre ans*. On reçut cet enfant à l'hôpital, le 31 mars de cette année. Suivant le récit de la mère, l'enfant était en parfaite santé les jours précédents, et la veille de son admission à l'hôpital il jouait à la maison. La seule chose qu'elle eût remarqué, et c'est ce qui l'avait engagée à conduire son enfant à l'hôpital, *c'était l'œdème qui recouvrait tout son corps*. Cet œdème avait commencé par la face. Et quand je reçus le petit malade, il présentait l'aspect caractéristique d'un Brightique. L'œdème était généralisé, et il y avait tout lieu de penser que le *péritoine contenait du liquide ascitique*. La miction ne donna *que quatre onces d'urine dans les premières vingt-quatre heures* de son séjour à l'hôpital: quantité insuffisante pour permettre à l'urinomètre de flotter, de

sorte qu'on ne put examiner sa densité. Elle était plutôt boueuse que haute en couleur; chauffée, elle décelait une quantité énorme d'albumine, à tel point que le coagulum prenait les $\frac{3}{4}$ de la quantité de l'urine. Le microscope montrait une grande quantité de cristaux d'acide urique et des *granulations nombreuses*. La température était très élevée, dépassant 104 degrés Fahrenheit. Toux peu fréquente, petite, pas d'oppression de la poitrine, sauf à un moment, quand on mettait l'enfant dans les bains chauds; la respiration s'élevait à 76.

Cet enfant avait été soigné à *l'hôpital dix mois auparavant*, dans le service du Dr Beatty, pour une *maladie de Bright*, et on nous certifie qu'avant sa sortie de l'hôpital, son urine ne contenait pas trace d'albumine. La plupart des étudiants assistant à la consultation reconnurent le petit malade et me firent remarquer que son œdème actuel était moins généralisé que celui qu'ils avaient constaté dix mois auparavant. Son séjour à l'hôpital ne fut que de trois jours.

A l'autopsie : Grande quantité de liquide infiltré dans la peau et dans la plèvre. Les reins, au lieu de présenter des hémorragies et de la congestion, étaient pâles, à l'exception d'une *légère zone congestive à la base des pyramides*.

A l'ouverture du thorax on découvrit que l'enfant était mort d'une *pneumonie qui avait passé inaperçue pendant la vie*. Trois noyaux de pneumonie existaient, l'un dans le lobe moyen et deux dans le lobe inférieur du même poumon. Les reins examinés histologiquement par le Dr Bewley présentaient les altérations suivantes : Tubes contournés, presque complètement obstrués par l'épithélium desquamé et par les cylindres d'albumine.

OBSERVATION IV

(Kees Alexander. — Ueber Croupose Pneumonie. — Ueber acuter Nephritis. Tübingen, 1882, *in thèse*, Caussade.)

P. . . Marie, quatre ans et demi.

Petit malade délicat depuis sa naissance et plus pâle que sa sœur.

8 novembre 1878. — *Début d'une scarlatine par des vomissements*, une éruption sur le cou qui vers le soir du même jour gagne le tronc; sur l'amygdale gauche léger dépôt diphtéritique, adénopathie avec température 39°9.

9 novembre. — L'exanthème s'étend sur le tronc et les extrémités.

14 novembre. — Éruption pâlit. L'angine et l'adénopathie ont disparu. *Pas d'albumine dans les urines*. Le petit malade se trouve bien.

3 décembre. — Dans les jours qui précèdent, le petit malade avait perdu sa vivacité, un peu de son appetit. *Urine examinée ce jour-là ne décèle pas plus d'albumine que les jours précédents pas d'élévation de température*.

6 décembre. — *Deux vomissements*. Le malade paraît pâle et bouffi et par un changement qui contraste avec sa bonne santé antérieure, il se désintéresse de ses jeux et devient somnolent, accuse des douleurs dans le cou, dans le ventre. Pouls 150. Respiration 40, 48, légère et superficielle. Température 41°1.

A la partie inférieure et postérieure du poumon droit matité remontant jusqu'à l'angle de l'omoplate et presque

au niveau de la ligne axillaire. — Auscultation : catarrhe des grosses branches. Oligurie. Albuminurie assez considérable. Pas d'œdème.

A 9 h. 1/2 soir, fort accès de tirage qui se prolonge jusqu'à 10 h. 1/2. Râles sonores dans la poitrine à 11 heures du soir. Pouls 160. Respiration 50, 60, superficielle, intermittente. Température, une demi-heure après le bain, 41°2. Le malade paraît un peu mieux. Agitation et cris dans le bain froid. D'ailleurs pas de convulsions. Traitement : bains froids, mais retour de l'accès de dyspnée, effusion froide sur la tête et la nuque. Vin de Champagne.

7 décembre. — Le matin cyanose prononcée, Pouls 130. Respiration 36. Température 39°6.

État des poumons : Celuid'hier : matité avec maximum sous l'angle de l'omoplate elle ; s'est d'ailleurs un peu abaissé.

Timbre bronchique léger de la respiration. *Urines rares, troubles d'une couleur rouge brun foncé.*

Le soir le petit malade est resté inconscient toute la journée. Facies agité, fréquemment par des secousses convulsives. Cyanose intense. Pouls 132. Respiration 32. Température 40°3, 1 gr. 50 quinine en lavement.

8 décembre. — Matin : plus de selles diarrhéiques. Pouls 140. Respiration 50. Température 41°2.

Matité de la région inféro-postérieure du poumon droit, s'étend jusqu'à l'épine de l'omoplate.

Urine : *moins foncée en couleur.*

6 décembre. — Matin. Pendant la nuit vomissements. Délire. *Anasarque. Pouls 144 à 150. Respiration 60. Température 39°8. A la partie postérieure du poumon droit dans toute la zone du lobe supérieur, matité s'étendant jusqu'à la deuxième côte.*

A la partie inférieure du lobe inférieur droit, la matité est moins prononcée.

Urine quelque peu hématique.

Soir. — Le malade paraît un peu mieux, plus conscient. Aucun changement du côté des poumons. Un peu d'urine. Pouls 120. Respiration 38 à 40. Température 39,6.

10 décembre. — Œdème des paupières. Altération du facies, diarrhée. Pouls du matin 128, du soir 140. Respiration 56 à 60. Soir 45. Température 39,6.

Température du soir 40,8. Les bases inférieures du poumon sont libres. *Au niveau du lobe supérieur résonnance tympanique. La couleur de l'urine est toujours rouge brun foncé.*

Quantité d'urine 100 grammes environ.

11 décembre. — Pouls 120. — 128. Respiration 30. Température 39,2 (40).

12 décembre. — Dans la nuit le malade revient un peu à lui. Il est pâle et en proie à une diarrhée continue. Pouls 120 à 125, tantôt ample, tantôt petit. Respiration 40. Température 40 (40,2).

13. — Pendant la nuit le patient revient à lui. Diarrhée, accès de toux. Pouls 26. Le soir 120-124. Respiration 40. Soir Pouls 32. Température 38,7. Soir 39,7. Dans le lobe supérieur droit : râles crépitants, timbre légèrement bronchique de la respiration. Anurie. La mère nous fait observer qu'elle a remarqué du gonflement des pieds.

14 décembre. — Le malade est plus gai aujourd'hui. Pouls 108 (118) plein et fort, énergique. Respiration 38. Température 38,2 (39³). Au niveau du lobe supérieur droit, son tympanique. Râles sonores. *Un peu d'urine plus claire que les*

jours précédents mais pourtant encore fortement albumineuse.

15 décembre. — Pendant la nuit le malade est très agité ; la plupart du temps inconscient. Diarrhée.

Plusieurs vomissements. — Aspect extraordinairement faible et misérable.

Dépôt assez abondant de muguet. (Traitement : Chlorate de Potasse 10 pour 200 d'eau.) Pouls 110 à 120. Respiration 30 environ. Température 37°.

Bains chauds.

16 décembre. — La diarrhée a cessé. Le muguet a disparu. Le malade se trouve tout à fait bien et on lui a donné à manger.

Dans la partie postéro-supérieure du poumon droit, on constate toujours et même aujourd'hui un son tympanique. Râles crépitants. *Moins d'albumine dans l'urine qui ne contient plus de sang.* Bains chauds. Température normale.

17 décembre. — Facies pâle. Poumon comme hier. *Urines très rares.* Plus de diarrhée.

18 décembre. — *L'urine est d'aspect sensiblement normal et ne contient presque plus d'albumine.*

22 décembre. — *L'albumine a disparu,* plus aucun symptôme du côté des poumons. Appétit paresseux.

3 janvier 1879. — En dehors d'une inappétence prolongée, l'histoire du malade n'offre plus rien d'anormal à signaler.

Dans le courant des dernières semaines, la guérison complète s'est confirmée.

Pronostic de la néphrite.

Trois mois après, le même malade fut atteint d'une pneumonie nouvelle ; pneumonie à la vérité d'une évolution

courte qui ne se fit remarquer par aucune complication et dont la crise s'accompagna d'une défervescence brusque.

OBSERVATION V

Observation de Kees ALEXANDER. — *In Thèse. Caussade*

Louis Deyle, âgé de neuf ans, garçon très bien développé pour son âge. N'a pas eu de maladie sérieuses jusqu'alors. 26 janvier 1881, dans l'après-midi, cet enfant se plaint d'une violente douleur dans l'oreille gauche. A partir du lendemain survient un écoulement purulent par cette oreille. D'ailleurs, le malade se trouvait tout à fait bien. Ce n'est que dans l'après-midi du 28 janvier que se montrèrent les premiers signes de la maladie actuelle ; il perdit l'appétit, refusa d'aller à l'école, en même temps, toux légère. Dans la nuit du 28 au 29, il se sentit *de la fièvre*. Le matin, la mère remarqua que la figure de l'enfant *était très gonflée*, surtout autour des yeux. Le malade accuse des douleurs dans les deux côtés. Depuis la *veille, il n'a uriné qu'une fois et rendu une toute petite quantité d'urine.*

État actuel, 29 janvier 1881. — Le visage est assez *fortement œdématié*, principalement dans la région des paupières ; il est pâle et paraît légèrement transparent ; ventre légèrement ballonné. Tympanisme. La région rénale est très sensible à la pression.

La percussion montre que la vessie est remplie, cependant le malade n'arrive par de grands efforts qu'à rendre quelques gouttes d'urine. Cette quantité suffit pour montrer

que l'urine est très concentrée et *teintée de sang*. Par le cathétérisme on retire $1\frac{1}{4}$ de litre d'urine *foncée rouge brun*, de *réaction acide*. Poids spécifique, 1021. *Très riche contenu de sang et d'albumine*.

Pas d'œdème des extrémités, pas d'ascite appréciable. Légère dyspnée. Cyanosé d'intensité moyenne. Pouls, 112. Resp., 40. Temp., 40.

L'examen du poumon démontre l'infiltration des lobes gauches, supérieur et inférieur. Le murmure vésiculaire y est diminué. Expiration prolongée. Nombreux râles sonores.

Traitement : iodure de potassium (administré seulement à deux heures de l'après-midi, alors que la température baissait déjà). Boissons en grande quantité (lait coupé d'eau). Enveloppement dans les compresses de Pressnitz autour de l'abdomen.

Le soir. Pouls 108. Respiration 36. Température, 38°4.

30 janvier. — Depuis trois heures dans la nuit, crachats caractéristiques de la pneumonie fibrineuse. Vomissements répétés. Le matin, sueurs. Toux plus fréquente, mais peu douloureuse. Pouls 84. Respiration 24. Température 37 degrés. *Le visage est moins gonflé*, la matité, à droite et en haut, diminue. A gauche, en arrière et en haut, elle est plus accentuée, on y trouve du souffle tubaire. *Les deux foyers* sont en voie de résolution. La sensibilité des régions rénales a diminué. Les douleurs de l'oreille persistent. Constipation combattue par un lavement à l'huile de ricin.

Le soir un bain chaud (40°) prolongé, suivi d'enveloppement dans des couvertures de laine. Boissons abondantes.

Urine. — *Quantité des urines dans les vingt-quatre heures*: 600 centimètres cubes. Réaction *acide*. Couleur :

jaune brunâtre, trouble, cependant un peu moins que la veille. Densité 1013. Même après filtration elle est encore trouble, d'une couleur jaunâtre; elle mousse beaucoup. Grande proportion d'albumine, peu de sang.

31 janvier. — Pouls 96. Respiration 32. Température 36°5-36°8. On trouve un petit épanchement dans la plèvre gauche. On reconnaît à peine le noyau de pneumonie. Euphorie complète.

A partir de ce jour matin et soir un bain chaud (40° c.).

1^{er} février. — De nouveau, douleurs dans l'abdomen. *Un certain degré d'ascite. L'épanchement pleural est un peu diminué.* Le soir ascension de la température à 40°4.

Bain d'une demi-heure à 38°5 centigrades.

2 février. — Pouls 120. Respiration 48. Température 38°3. La toux est plus forte depuis la précédente nuit. Tout le côté gauche depuis la clavicule est douloureux. On trouve une matité assez marquée du sommet gauche. On y constate de nombreux râles crépitants et du souffle bronchique à l'expiration. *L'ascite augmente. L'épanchement pleural persiste.* Pas de vomissement. *La figure est de nouveau plus oedématisée.* Dans l'après-midi crachats rouillés. *Le soir chute de la température.* Le malade prend un bain chaud.

3 février. — Pouls 84. Respiration 21. Le malade se sent mieux. *L'ascite et l'épanchement de la plèvre gauche persistent. On constate aussi la présence de liquide dans la plèvre droite. Gonflement oedémateux de la peau du scrotum.* Rien d'anormal au cœur.

4 février. — Pouls 96. On trouve encore la pneumonie à gauche et en haut. L'ascite diminue. Euphorie. Urine, quantité des vingt-quatre heures 600 centimètres cubes. Den-

sité 1012. *Acide*. Couleur jaune brun. La quantité d'albumine a diminué, *mais est encore très appréciable*. On continue les bains chauds matin et soir. La constipation persistante est combattue par un lavement à l'huile de ricin.

5 février. — *L'ascite est si abondante que le nombril fait saillie. Anasarque du scrotum. A peine constate-t-on la pneumonie en haut et à gauche.*

6 février. — *L'épanchement pleural s'est accru des deux côtés, de sorte qu'à gauche il monte à deux travers de doigt au-dessus de l'angle de l'omoplate et à droite d'un travers de doigt.*

Quantité d'urine des vingt-quatre heures 810 centimètres cubes. Densité 1011,5. *Réaction acide*. Plus trouble, rouge jaunâtre. Proportion d'albumine un peu moindre que la veille, mais plus de sang.

7 février. — Même état.

980 centimètres cubes d'urine. Densité 1013. *Réaction acide*. Coloration jaune brun. Quantité plus *considérable d'albumine et de sang*.

10 février. — Le malade se trouve bien. A gauche la pleurésie monte encore à deux travers de doigt au-dessus de l'angle de l'omoplate ; à droite, elle se trouve à son niveau. L'ascite n'a pas diminué ; l'œdème du scrotum est accru.

800 centimètres cubes d'urine dans les vingt-quatre heures. Densité 1071.

11 février. — 600 centimètres cubes d'urine. Densité 1014. Peu acide. Contient de l'albumine.

12 février. — 800 centimètres cubes d'urine. Poids spécifique 1016. *Coloration rouge brun*.

13 février. — L'épanchement pleural a diminué des deux

côtés, à droite il a presque disparu. L'œdème du scrotum continue à augmenter. Euphorie complète. Appétit et sommeil revenus. Selle retardée.

Urine des vingt-quatre heures 850 centimètres cubes. Densité 1014. Un peu moins trouble.

17 février. — *Tous les épanchements ainsi que l'œdème de la face ont disparu.* Le malade garde encore le lit, prend chaque jour un bain chaud.

A partir du 12 mars seulement l'urine ne contient plus d'albumine. Nutrition se fait bien.

OBSERVATION VI

(Kees Alexander. — *In th.* Caussade)

Marie R..., âgée de trois ans.

Le malade se plaint le matin du 23 juin 1879 d'un mal de gorge et d'inappétence. Dans la même matinée l'exanthème scarlatineux apparut au cou et après un bain il s'étendit à toute la surface du corps. Dans le pharynx pas de plaques membraneuses mais de l'exanthème. Ganglions sous-maxillaires peu augmentés de volume. Température 39 degrés.

Deux jours plus tard l'éruption disparut. Température normale. Tous les signes de la maladie ont rétrocedé ; seuls l'appétit et l'aspect de santé ne sont pas revenus.

Pendant le cours de la scarlatine ainsi que dans les quinze jours suivants, pas d'albumine dans l'urine.

7 février. — Albumine dans l'urine dont la quantité est un peu diminuée, sensation de cuisson pendant la miction.

10 février. — Quantité très appréciable d'albumine.

11 février. — On n'a pas recueilli d'urine. La petite malade n'en avait rendu que la valeur *d'une coquille de noix en allant à la selle*.

Pendant la journée elle fut très agitée et se plaignit de douleurs dans l'abdomen et dans la partie inférieure de la poitrine.

Le soir, le visage est un peu rouge, mais non œdématié. Pouls 200. Respiration 28. Respiration un peu laborieuse. Température 40°9. — Rien d'anormal au poumon, à part un peu de bronchite, surtout au lobe inférieur gauche.

12 février. — L'aspect de la malade diffère sensiblement de celui d'une malade atteinte de néphrite. Pouls 160. Respiration 40. Température 40°3. Au poumon gauche en arrière et en bas, on trouve une matité s'étendant à deux travers de doigt au-dessous de l'angle de l'omoplate et limitée en avant par la ligne axillaire postérieure.

Souffle bronchique. Râles crépitants. Pas d'épanchement pleural, pas d'urine, mais une selle assez liquide. Ordonnons bains froids. Champagne.

13 février. — Pouls 160. Respiration 32. Température 39°8. La malade pousse des gémissements. Toux assez fréquente. La matité à gauche, en bas et en arrière, s'est élevée jusqu'au milieu de l'omoplate. Souffle tubaire très intense. Pas de râles. *Pas d'urine*. Elle rend des selles liquides, mais on peut s'assurer que pendant la défécation la malade n'a pas *rendu d'urine*.

14 février. — Ce matin *vomissement*. Pouls 140. Respiration 38. Température du matin 39°7, du soir 40 degrés. *Pas d'urine*. *Garde-robes liquides*.

15 février. — Pouls 160. Respiration 40. Température :

matin 38°5; soir 39°9. Pas d'urine, la diarrhée persiste. Signes de l'auscultation comme le 13 février.

16 février. — Pouls 112, un peu irrégulier. Respiration 48. Température: matin 38, soir 39°7.

Pas d'urine. — Plusieurs selles diarrhéiques.

17 février. — Pouls 156. Respiration, environ 40,6. Soir 39°3. *Pas d'urine.* Diarrhée. L'auscultation ne montre pas de changement, seulement la matité paraît s'être élevée jusqu'à l'épine de l'omoplate. *A midi un vomissement.*

Dans les vingt-quatre heures suivantes la température revient à la normale. Avec la fièvre rétrocedent les autres symptômes qui le 25 février, jour de la sortie de la malade, ont tout à fait disparu.

OBSERVATION VII

(In thèse de Coursault)

Maurice J..., quatre ans, entré le 26 février 1902, à l'hôpital des Enfants-Malades, service de M. Richardière, salle Blache, n° 16.

Maurice J... est né à terme. Il a été nourri au sein par sa mère jusqu'à l'âge de trois mois, puis au biberon (lait ordinaire).

Antécédents héréditaires. — Les antécédents héréditaires manquent.

Antécédents personnels. — L'enfant a été soigné à l'hôpital des Enfants-Malades (pavillon de la diphtérie) pendant six

semaines. Il en est sorti le 20 février dernier. Il aurait eu des abcès aux oreilles et sur le corps.

Avant son entrée au pavillon de la diphtérie, l'enfant avait toujours été bien portant.

Depuis sa sortie du pavillon de la diphtérie, le petit malade tousse un peu, surtout la nuit. De temps en temps il vomit et se plaint de la tête ; il a de la peine à déglutir bien qu'il n'ait pas de paralysie du voile du palais. Les membres ne sont pas paralysés.

27 février. — *Examen.* — L'enfant est pâle, la face est un peu bouffie. Les paupières sont légèrement gonflées. La dyspnée est intense, ainsi qu'en témoigne le battement des ailes du nez. Par moments, l'enfant a des quintes de toux très pénibles.

La température est assez élevée. Température 39°7.

L'examen de la poitrine nous révèle les faits suivants :

Percussion : A la partie postérieure et inférieure du poumon gauche il y a de la matité.

Du côté droit, la sonorité est normale.

Auscultation : Au niveau du lobe inférieur du poumon gauche, on entend un souffle tubaire très intense, sans râles. Il n'y a rien d'anormal du côté droit.

A la partie antérieure de la poitrine, la percussion et l'auscultation ne révèlent rien de particulier.

Examen de la gorge : Les amygdales sont un peu grosses.

Examen du cœur : Il n'y a pas de lésion orificielle, ni souffle ni bruit de galop. Les battements du cœur sont un peu accélérés.

Le pouls est à 128, faible et rapide.

Lorsqu'on découvre le petit malade, on s'aperçoit que le ventre est assez volumineux, légèrement tendu. Il y a un peu d'œdème de scrotum.

Les membres inférieurs sont légèrement œdématisés. Cet œdème est blanc, mou. Lorsqu'on presse avec le doigt on détermine une dépression en godet.

A la partie antéro-externe de la jambe deux incisions ont été pratiquées avant l'entrée du petit malade à l'hôpital.

Les urines sont peu abondantes, foncées, très épaisses, légèrement rougeâtres.

Par l'acide azotique et la chaleur on obtient un précipité albumineux abondant.

28 février. — Le ventre est plus volumineux que la veille. On obtient la sensation de flot. L'œdème du scrotum et des membres inférieurs a légèrement augmenté.

La matité persiste toujours très étendue à la partie postérieure et inférieure du poumon gauche. Le souffle s'entend toujours. Il y a quelques râles crépitants.

Le petit malade a des quintes de toux très pénibles.

Température 39°4. Respiration 60.

Hier on a appliqué des ventouses sèches et fait prendre au petit malade une potion avec 10 grammes de sirop de codéine et de belladone.

On prescrit aujourd'hui des bains chauds. Le dosage de l'albumine par le tube d'Esbach donne 1 gr. 1/2 d'albumine par litre.

1^{er} mars. — La température est un peu moins élevée, 39°2. La dyspnée est toujours très vive.

A la partie postérieure du poumon gauche on perçoit des

frottements. Une ponction exploratrice faite par l'interne du service ne donne aucun résultat.

La nuit du 1^{er} au 2 mars est très agitée. Le 2 mars, vers 8 h. 1/2 du matin, l'enfant a une crise dyspnéique très violente. Son état va s'aggravant de plus en plus. Il succombe le même jour dans la soirée.

L'autopsie est faite le 4 mars.

Lorsqu'on ouvre la plèvre gauche il s'écoule une assez grande quantité d'un liquide citrin. La masse totale du liquide peut être évaluée à un 1/2 litre environ.

Le poumon gauche présente extérieurement des fausses membranes d'un blanc jaunâtre. Elles sont surtout abondantes au niveau de la scissure interlobaire. Le lobe inférieur du poumon gauche est hépatisé en masse dans toute son étendue. L'hépatisation a gagné la moitié inférieure du lobe supérieur.

Le poumon droit présente au niveau de son lobe inférieur des fausses membranes molles et peu épaisses. Le tissu pulmonaire de ce lobe est rouge et compact, mais crépite lorsqu'on le presse entre les doigts. Des parcelles de ce poumon prises isolément surnagent quand on les plonge dans l'eau.

Il n'y a rien du côté des bronches.

Les reins sont volumineux. Leur capsule se détache facilement. A la coupe ils sont peu résistants. La substance corticale volumineuse a un aspect blanchâtre. Ça et là on note la présence de petits foyers hémorragiques. On est en présence du « gros rein blanc » décrit comme type des néphrites infectieuses.

La rate est volumineuse et ne présente rien de spécial.

Le cœur ne présente pas de lésions valvulaires.

Cerveau. — A l'ouverture des méninges on note l'existence d'un œdème mou, tremblotant, gélatineux.

Le liquide céphalo-rachidien est en plus grande quantité qu'à l'état normal.

OBSERVATION VIII

(In thèse de Coursault)

Franck R..., treize ans, entré le 19 mars 1902 à l'hôpital des Enfants-Malades, service de M, Richardière, salle Blache, n° 14.

R... Frank, treize ans.

Antécédents héréditaires. — Les parents sont bien portants.

Ni frère, ni sœur.

Antécédents personnels. — Frank R... est né à terme. Il a été élevé au sein par une nourrice jusqu'à l'âge de dix mois. Pendant deux ans l'enfant aurait été soigné pour une affection oculaire

Aucune autre affection antérieure.

La maladie actuelle de l'enfant remonterait à quatre ou cinq jours. Depuis cette époque il tousse, crache, a les jambes enflées.

20 mars. — *Examen.* — La figure du petit malade est bouffie. Les paupières sont le siège d'un gonflement œdémateux.

Son ventre est assez volumineux. La percussion révèle une sonorité un peu exagérée. On n'obtient pas la sensation

de flot. Il n'y a pas d'œdème au niveau des bourses, par contre l'œdème des membres inférieurs est très accusé.

On détermine par la pression du doigt une dépression en godet caractéristique.

Lorsqu'on interroge le petit malade il nous raconte que son œdème remonte seulement à quatre jours.

Avant cette époque il n'avait absolument rien.

Il y a deux jours ses jambes étaient volumineuses. Le gonflement œdémateux des paupières était tel qu'il pouvait à peine ouvrir les yeux.

L'examen de la poitrine nous révèle les faits suivants :

En arrière du côté droit et du côté gauche la sonorité est normale à la percussion.

A l'auscultation du côté droit on entend des râles sous-crépitants disséminés. Du côté gauche on entend des râles sibilants et quelques râles sous-crépitants.

En avant du côté droit la sonorité est normale à la percussion.

Du côté gauche on trouve toute une zone mate à la partie antéro-inférieure du poumon.

A ce niveau on entend à l'auscultation un souffle tubaire assez intense avec quelques râles crépitants.

Du côté droit il y a quelques râles muqueux disséminés.

L'enfant tousse beaucoup, il est un peu oppressé.

Au cœur il n'y a ni souffle, ni bruit de galop. Les battements sont assez rapides.

Le pouls est fréquent et faible. Il y a 130 pulsations à la minute.

Le petit malade n'a ni diarrhée, ni constipation, ni vomissements.

Les urines sont peu abondantes, foncées, légèrement rougeâtres. Par l'acide nitrique et la chaleur on obtient un précipité albumineux abondant. On dose l'albumine par le procédé d'Esbach. Le petit malade a 39°3 de température. Le nombre de respirations est de 54 par minute.

On soumet l'enfant au régime lacté absolu.

On couvre la poitrine de ventouses sèches.

21 mars. — La température a légèrement baissé. Température 39°2. Le poulx a repris de la force et de l'ampleur. Il y a des pulsations à la minute.

Le nombre des respirations est de 44.

L'œdème des paupières est moins accusé que la veille. On note au tube d'Esbach 3 grammes d'albumine par litre.

22 mars. — L'œdème des membres inférieurs et des paupières est très atténué. Le souffle tubaire s'entend sur une plus grande étendue à la partie antéro-inférieure du poumon gauche.

Le poulx est assez rapide. Il y a 118 pulsations à la minute. Respiration 48.

23 mars. — L'œdème des paupières a complètement disparu. Il y a encore un peu d'œdème au niveau des membres inférieurs. Le souffle tubaire s'entend d'une façon moins nette.

24 mars. — L'œdème des membres inférieurs a complètement disparu. Les urines, un peu plus abondantes et plus limpides, ne renferment plus d'albumine.

Le petit malade se sent mieux.

A l'auscultation, en arrière aux deux bases, on entend des râles sous-crépitaux. A la partie antérieure du côté gauche, le souffle a complètement disparu. 38°2 de température.

26 mars. — La température est redescendue à la normale.

Les urines sont plus abondantes.

Le petit malade est remis au régime commun.

30 mars. — Jour de visite des parents, une petite poussée de température jusqu'à 38 degrés se produit.

Les jours suivants, l'apyrexie est complète.

L'enfant sort de l'hôpital complètement guéri. On l'envoie à la campagne.

OBSERVATION IX

(*In thèse de Coursault.*)

M... Fernand..., cinq ans, entre le 24 juin 1901, à l'hôpital des Enfants-Malades, service de M. Richardière, salle Blache, n° 40.

M... Fernand, cinq ans, est souffrant depuis le 8 juin. Le petit malade a gardé le lit le 11 juin jusqu'au 24, jour de son entrée à l'hôpital.

Jusqu'ici il avait toujours été bien portant.

L'enfant se plaint d'avoir mal à la tête. Il tousse depuis quatre à cinq jours. Il aurait eu beaucoup de fièvre le 11 juin et des convulsions le 13 et le 14.

On n'a pas de renseignements sur les antécédents héréditaires.

25 juin. — Examen. La face est pâle, toute bouffie.

Lorsqu'on découvre l'enfant, on constate que l'abdomen est très ballonné. La sensation de flot s'obtient facilement ; il y a de l'ascite. Il existe un œdème assez prononcé au niveau de la région lombaire et des membres inférieurs. Le

scrotum est très œdématisé. Les urines sont rares, de couleur bière brune. Par l'acide azotique et la chaleur on obtient un précipité albumineux abondant.

La percussion du poumon révèle la présence, au niveau du sommet droit, d'une zone mate. A ce niveau, il y a du souffle tubaire et des râles crépitants.

Traitement : Lait, un litre et demi. Eau bouillie, un litre. Badigeonnages d'essence de térébenthine au niveau de la région rénale.

27 juin. — L'œdème persiste. Oligurie. Les signes pulmonaires sont les mêmes. 2 grammes d'albumine par litre.

28 juin. — Sur la face, autour de la bouche, sur les joues, apparaît une éruption constituée par des vésicules d'abord transparentes, puis se remplissant de pus, et qui se dessèchent en formant des croûtes rougeâtres, sanguinolentes. Quelques-unes seulement reposent sur une macule. Pas de papules.

A la face interne des lèvres existe un exsudat blanchâtre un peu adhérent à la muqueuse qui saigne quand on le détache. A la pointe et sur les bords de la langue, ulcérations à fond jaunâtre.

29 juin. — A la face interne de la joue droite et sur l'amygdale apparaissent des plaques pseudo-membraneuses jaunâtres et arrondies. On injecte 15 centimètres cubes de sérum antidiptérique.

30 juin. — Auscultation. Au sommet droit, râles sous-crépitaux, la respiration est à peine soufflante. La matité persiste.

L'éruption faciale reste stationnaire. Des croûtes brunes se forment sur les vésico-pustules. La stomatite s'améliore un peu.

Les lèvres, exulcérées à leur face interne, saignent faiblement,

A la base de la luette, tache opaline.

On fait un ensemencement sur sérum.

Il pousse, au bout de vingt-quatre heures, des colonies confluentes, punctiformes, transparentes.

A l'examen microscopique, on trouve des bacilles morphologiquement semblables à celui de la diphtérie et prenant le Gram ; quelques rares cocci.

1^{er} juillet. — Il y a toujours de la matité et des râles sous-crépitaux au sommet droit.

Sept selles diarrhéiques.

La stomatite présente les mêmes caractères.

A la face interne des lèvres la muqueuse exulcérée est recouverte par places d'un enduit opalin, et en d'autres endroits de fausses membranes organisées qui se détachent facilement laissant à découvert la muqueuse saignante.

A la face interne de la joue droite, à la base de la luette, sur les amygdales, mêmes exsudats.

2 juillet. — La stomatite semble aller mieux. Oligurie.

On prescrit :

Tisane de chiendent. 1 litre, additionnée de 50 grammes de lactose.

On fait une injection de sérum anti-diphtérique : 10 centimètres cubes.

Ensemencement. — Bacille de la diphtérie.

3 juillet. — Diarrhée abondante. Les urines toujours rares contiennent du sang. Les lèvres se détergent, l'éruption faciale reste la même.

4 juillet. — Les lèvres vont mieux, l'éruption s'affaisse.

sans laisser de croûtes. Diarrhée. Le petit malade a beaucoup de dyspnée.

5 juillet. — *Auscultation*. — En arrière, râles sous-crépitaux au niveau du poumon gauche. Matité et râles sous-crépitaux dans la moitié inférieure du poumon droit.

En avant il y a de la matité au niveau du sommet droit. A l'auscultation on entend des râles sous-crépitaux.

L'enfant meurt subitement pendant qu'on l'ausculte.

Autopsie. — A l'autopsie on trouve un épanchement abondant dans la plèvre droite (deux litres au moins de pus verdâtre). Le poumon droit est ratatiné vers le hile et présente au sommet un noyau d'hépatisation grise.

Rien au poumon gauche.

On trouve dans le péricarde un épanchement purulent abondant.

Cœur. — Le cœur est tapissé d'un enduit couleur beurre frais ; il est assez volumineux ; la fibre myocardique est pâle. L'endocarde ne présente pas de lésions.

Rate. — Elle ne présente rien de spécial.

Foie. — Le foie a un aspect graisseux. A la coupe certaines parties sont très pâles, d'autres plus colorées.

Reins. — Les reins sont gros et congestionnés. Leur capsule se décortique facilement. A la coupe on remarque que la substance corticale a doublé et même triplé de volume. On note çà et là dans cette substance la présence de foyers hémorragiques.

L'examen bactériologique révèle la présence abondante du diplocoque dans les liquides épanchés.

OBSERVATION X

(Southey)

Med. Press and liv. Lond. Hôpital Saint-Bartholomew
(in thèse Caussade).

Charles H..., jeune enfant, fut admis le 22 septembre 1882 dans la salle Marthew, avec un œdème généralisé. Il présentait en même temps les signes d'une pneumonie du sommet et ne rendait qu'une faible quantité d'urine, laquelle était aussi rouge que de la viande fraîche.

A son entrée, on constata que tous ses traits avaient disparu dans la bouffissure des joues, des lèvres et des paupières. Les jambes et les lèvres étaient complètement gonflées par un bourrelet énorme d'œdème ; le scrotum avait considérablement augmenté de volume et les mains gardaient l'empreinte du doigt à la pression.

Pas de délire, pas de diarrhée, pas de vomissements. La peau était sèche et brûlante, la langue sèche et présentant un léger enduit noir ; les amygdales grosses.

Poumon droit. — Du côté droit, respiration puérile.

Poumon gauche. — A gauche, on entendait une expiration ayant le caractère tubaire, au niveau de la région sus-scapulaire.

Les battements du cœur étaient précipités et énergiques. Le premier bruit était beaucoup plus prolongé ; les bruits étaient clairs et rapides.

L'enfant était malade, nous dit sa mère, depuis quelques

jours, mais ce dont il se plaignait surtout, c'était de la poitrine.

Pouls à 120, un peu dur. **Respiration**, 60.

Urines. — Densité 1015, acide ; 2 grammes d'albumine.

Cylindres hémorragiques, granuleux (petits et grands) et cylindres épithéliaux.

Antécédents. — A six semaines, abcès du cou ; à quatorze mois, rougeole ; et depuis, il avait jour et nuit une toux pénible. Chute sur la nuque à deux ans.

Depuis, il fut complètement bien portant et resta dans cet état de santé jusqu'à sa maladie actuelle dont la mère place le début au 17 septembre.

17 septembre. — La mère remarque que son enfant était mal portant, et le 19, l'œdème de la face apparaît. Perte d'appétit. L'enfant avait des frissons, il éprouvait des nausées, et se plaignait d'avoir mal à la tête.

20 septembre. — Œdème des jambes et des pieds. Œdème de la face plus marqué. Vomissements alimentaires.

18, 19, 20 septembre. — Diarrhée, diminution des urines.

21, 22 septembre. — Bains tièdes de vapeur. Chute de la température.

23 septembre. — L'enfant a passé une très bonne nuit, les selles sont faciles, fréquentes, peu abondantes.

La langue est chargée. Pouls à 120. Lait.

24 septembre. — L'enfant n'a pas reposé de la nuit. Évacuation alvines. Urines plus abondantes. Souffle tubaire avec bronchophonie dans la région sus-scapulaire gauche.

Respiration soufflante avec quelques ronchus à droite.

Bains, cataplasmes sinapisés.

25 septembre. — Nuit sans repos, la langue est moins chargée. Six gardes robes dans les vingt-quatre heures. Le scrotum est plus œdématié.

26, 27, 28, 29, 30 septembre. — Pouls 96, respiration 40.

2 octobre. — Albumine dans les urines, scrotum très œdématié. Les pieds gardent encore l'impression du doigt, la figure est œdématiée. Pas d'ascite.

5 octobre. — Toux fréquente, urines plus abondantes et plus claires, traces d'albumine. Pouls à 112. Du côté droit, à la base, il y a de l'obscurité respiratoire. Râles crépitants de retour dans la région sus-scapulaire gauche.

7 octobre. — Seïles régulières, urines normales.

9 octobre. — Urines presque normales ; scrotum moins enflé. Traits presque naturels. jambes à peu près de volume normal.

10 octobre. — Urines normales.

16 octobre. — Pas d'albumine. Plus rien dans la poitrine. Jambes légèrement gonflées. Plus d'albumine.

23 octobre. — Léger nuage d'albumine. Quelques globules rouges.

1^{er} novembre. — Léger nuage d'albumine.

OBSERVATION XI

(Ferrand et d'Halluin, Société de Pédiatrie, 1908)

Enfant B..., six ans, avait été mis en dépôt aux Enfants-Assistés au mois de novembre 1907, et pendant les quatre mois de son séjour, il n'avait jamais été malade.

23 mars. — Le soir, il se plaint d'un léger malaise et refuse de dîner.

24 mars. — Dit avoir mal à la tête et demande à rester au lit ; vers midi on s'aperçoit que son visage et son corps sont un peu œdématiés.

Nous le voyons le même jour dans l'après-midi. Il est abattu, somnolent ; langue sèche, température à 38°4.

Il présente un œdème blanc, mou, presque généralisé, la face surtout est bouffie ; les paupières gonflées, les membres inférieurs et le tronc gardent le godet caractéristique à la pression. L'enfant est un peu dyspnéique, mais à l'auscultation du cœur et des poumons on ne relève rien d'anormal. On obtient difficilement un peu d'urine foncée, très albumineuse.

25 mars. — Œdème généralisé. Face blême, bouffie, lèvres cyanosées, la dyspnée s'est accentuée. Il y a des vomissements fréquents. Température 40°4.

A la base du poumon droit, matité s'étendant jusqu'à l'épine de l'omoplate. Dans la même région, souffle intense à tonalité élevée, ressemblant à un souffle pleurétique fort et aigre. Égophonie et pectoriloquie aphone au-dessus de l'épanchement, quelques râles de bronchite, assourdissements des bruits cardiaques ; pas d'augmentation appréciable de la matité précordiale.

Urines rares, foncées, très albumineuses.

26 mars. — L'enfant se cyanose davantage, de plus en plus abattu, dyspnéique, température 38°8.

A l'examen des poumons, mêmes signes physiques, souffle paraît plus intense. Ponction exploratrice ramène un liquide légèrement hémorragique très fibrineux. Centrifugé, montre

un culot abondant composé de quelques hématies et de polynucléaires en grande quantité.

On y trouve facilement de nombreux pneumocoques encapsulés.

Dans l'après midi (temp. 39°8) dyspnée et cyanose augmentent, matité un peu plus étendue et on perçoit des râles crépitants en un point limité, malgré la saignée de 200 gr., l'état s'aggrave, vomissements sont fréquents, œdème généralisé persiste, il n'urine pas, il s'agite de plus en plus et présente quelques convulsions. Il meurt dans la nuit.

Autopsie. — Faite vingt-six heures après la mort.

A l'ouverture du thorax, 1 litre de liquide citrin fibreux dans la plèvre droite. Une centaine de grammes sort du péricarde. Anses intestinales baignent dans le même liquide. Pneumonie, au stade d'hépatisation rouge, de tout un lobe inférieur du poumon droit.

Foie congestionné, dur à la coupe.

Reins légèrement augmentés de volume; substance corticale, paraît plus pâle que normalement.

Rate volumineuse.

Cœur : sur la grande valve de la mitrale, un léger dépoli.

Examen histologique. — Poumons : lésions de la pneumonie franche.

On trouve en abondance, sur les coupes, des pneumocoques.

Sur les frottis de la rate et des reins colorés par le Gram, le même diplocoque que nous avons décelé dans le liquide pleural pendant la vie du malade.

Reins : Lésions disséminées et assez superficielles de néphrite parenchymateuse.

Foie : Ilots de dégénérescence graisseuse et vacuolaire.

OBSERVATION XII

(De Michele, *Il Morgagni*)

Notice clinique. — A. E..., de trois mois.

Température 38 et 39 degrés pendant quelques jours, avec la toux et signes physiques d'envahissement des poumons.

Meurt quelques jours plus tard en collapsus et avec la température descendue à la normale.

Autopsie. — Faite le 10 octobre, dix-neuf heures après la mort.

On constate : pneumonie au troisième stade, légère tuméfaction de la rate, reins augmentés de volume avec les signes caractéristiques d'inflammation torpide.

Examen histologique. — Épithélium des tubes contournés avec protoplasma granuleux, et plus ou moins nécrosé. Les follicules de la rate se présentent un peu hyperplasiés. La pulpe en général, avec une grande quantité de corpuscules rouges, est en voie de destruction.

Dans les poumons les vaisseaux et les capillaires sont fortement dilatés et remplis de sang, les alvéoles et les sections des bronches sont remplies d'un exsudat constitué en majeure partie par les globules blancs.

Recherche bactériologique. — Dans la coupe des reins et des poumons colorés par la méthode de Gram, on trouve des diplocoques et des streptocoques encapsulés.

La culture n'a pas pu être faite en raison indépendante de ma volonté.

Deux lapins inoculés avec des morceaux des reins et des

poumons sont morts quatre jours après, en présentant dans le sang une énorme quantité de diplocoques et de streptocoques encapsulés.

La culture faite avec le sang de ces lapins ensemencé sur l'agar à 37 degrés après trente-six heures, avait l'aspect typique, et examinée au microscope révélait la présence des diplocoques lancéolés.

Ensemencé encore pour vingt-quatre heures et inoculé à la dose de 1/2 centimètre cube à un lapin, déterminera la mort de celui-ci en quarante-huit heures avec une grande quantité de diplocoques dans le sang.

OBSERVATION XIII

(Faulhater. — *Beitrage zur pathologischen Anatomie und zur allgemeinen Pathologie*, 1891

H. V..., quinze mois, meurt le 10 mars 1888 de la variole avec le diagnostic de croup.

Après la variole des multiples abcès ont apparu sur le tronc et les extrémités.

Avec la nouvelle élévation de la température l'albumine apparaît dans les urines en même temps que le visage et les paupières s'œdématisent.

Plus tard la température tombe, l'albumine disparaît mais le 9 mars l'enfant est pris d'une toux quinteuse et des attaques de dyspnée ; on lui fait le 10 mars la trachéotomie, mais l'enfant succombe dans l'asphyxie.

Autopsie. — Pleuro-pneumonie droite. Croup du larynx

et de la trachée. Rate augmentée de volume, tuméfaction trouble des reins.

Trois heures après la mort on a fait durcir les morceaux d'organes et on aensemencé les plaques d'agar avec les reins.

12 mars 1884. — Sur la première plaque 45, sur la deuxième 7 et sur les troisième et quatrième une colonie de diplocoque sur chaque.

14 mars 1888. — On injecte 1/2 centimètre cube du dépôt de la culture (de la troisième génération) sur le bouillon à un lapin.

20 mars 1888. — Le lapin vit, onensemence le bouillon avec la cinquième génération de l'agar-culture, et on injecte 1 centimètre cube de ce bouillon dans la cavité pleurale du second lapin.

Le lapin meurt de la pleurésie séro-fibrineuse bilatérale.

Dans l'exsudat on trouve des cocci encapsulés.

Préparation au carmin. — L'épithélium des glomérules est un peu trouble et desquamé, on voit à l'intérieur des capsules des cellules épithéliales et des granulations.

L'épithélium des tubes contournés est plus modifié, il est tuméfié, en dégénérescence graisseuse par places.

Les tubes ascendants contiennent des cylindres épithéliaux, des corpuscules rouges et des granulations très fines.

Dans les tubes droits de la substance médullaire quelques cylindres hyalins et granulés.

Dans les capillaires, augmentation des leucocytes : les vaisseaux plus grands contiennent des masses hyalines homogènes.

Après la coloration au bleu de méthylène, on voit dans les

capillaires et les autres vaisseaux, des diplocoques séparés ou ramassés en petites masses ; on les voit aussi avec le violet-kristal de Kühne, qui colore légèrement la capsule.

OBSERVATION XIV

(De Michele. — *Il Morgagni*)

Notice clinique. — T. G..., un an, venant de la section des enfants à allaitement artificiel, présentait, le jour qui précédait la mort, la prostration, faiblesse, vomissement, la température de 38°5 à 39 degrés est mort, après cinq jours de la maladie, avec une forte dyspnée.

Autopsie. — Faite vingt-sept heures et demie après la mort. On trouve : congestion du système nerveux central ; pneumonie à la première période des deux côtés tuméfaction aiguë de la rate.

Examen histologique. — L'épithélium des tubes contournés est gonflé et granuleux ; légère infiltration du tissu conjonctif de la substance corticale par des leucocytes, exsudat granuleux avec quelques rares éléments nucléés dans la capsule de Bowmann. Stase veineuse dans les poumons avec exsudat manifestement fibrineux dans alvéoles. Augmentation considérable du pigment hématique dans la rate.

Recherche bactériologique. — Deux lapins reçoivent sous la peau, l'un un morceau du rein, l'autre un morceau des poumons : ils meurent le troisième jour et on trouve dans leur sang du diplocoque lancéolé.

La culture, faite avec le sang, donne lieu à des colonies caractéristiques, spécialement sur agar et l'examen micros-

copique ne laisse pas de doute qu'il s'agit de diplocoque. Le lapin inoculé avec 12 centimètres cubes du bouillon de culture développée pendant trente heures à 37 degrés meurt de septicémie 8 heures après. Les coupes du rein examinées par la méthode de Gram montrent une grande quantité de diplocoques et quelques chaînettes composées de trois ou quatre éléments dans l'épithélium des tubes rénaux et dans le tissu conjonctif surtout de la région sous-capsulaire.

OBSERVATION XV

(Michele)

G... Maria, âgée de cinq mois, du pavillon des nourrissons.

Meurt avec des signes de grande prostration, refusant le sein et vomissant le lait immédiatement après la tétée. La température ne monte pas au-dessus de 38°5. A l'examen on note une condensation du tissu pulmonaire à droite. Durée de la maladie : quatre jours.

L'autopsie est faite vingt-huit heures après la mort.

On note : dénutrition marquée. Une forte hyperémie du cerveau et du cervelet. Pneumonie bilatérale au premier stade. Congestion des reins ; congestion aiguë de la rate. Hyperémie et commencement de putréfaction du foie.

Examen histologique. — La substance conjonctive des poumons est infiltrée de leucocytes, les capillaires fortement dilatés. Quelques alvéoles remplies totalement ou en partie par l'exsudat fibrineux avec peu de globules blancs.

Grande quantité d'éléments néo-formés dans le tissu conjonctif de la capsule rénale, surtout dans sa partie super-

ficielle. L'infiltration est par places, plus spécialement au voisinage des glomérales de Malpighi, lesquels se distinguent quelquefois à peine au milieu d'une grande quantité de cellules néo-formées. Les tubes contournés et les tubes droits sont comprimés; les cellules épithéliales prenant mal les colorants et exsudat granuleux remplissant la lumière des tubes.

La rate est fortement congestionnée.

Examen bactériologique. — La culture en plaque faite avec le rein, montre de rares colonies de diplocoques. Le lapin inoculé avec un morceau de rein meurt après dix jours, présentant un fort amaigrissement et un abcès au lieu d'inoculation.

Dans le sang, examiné à plusieurs reprises on n'a pas trouvé de microorganismes; mais dans le pus de l'abcès on voit à l'examen microscopique une énorme quantité de diplocoques et de streptocoques encapsulés. On fait avec le contenu de l'abcès desensemencements sur plaques d'agar, lesquelles présentent après trente heures une grande quantité de petites colonies rondes, transparentes presque comme des gouttelettes d'eau; nombreuses colonies de différents microbes. Des morceaux d'agar contenant ces colonies sont enlevés avec une spatule stérilisée et inoculés sous la peau d'un lapin. Le lapin meurt soixante-cinq heures après avec les symptômes d'une septicémie salivaire.

OBSERVATION XVI

(Michele)

S... Antonio, âgé de trois jours, allaité artificiellement,

tombe malade et meurt rapidement peu de jours après avec des symptômes d'angoisse et la température au-dessus de la normale. L'examen bactérioscopique du sang, fait treize heures, avant la mort fut négatif.

L'autopsie est faite vingt-sept heures après la mort. On note l'hypérémie de tous les organes, surtout de la rate qui est manifestement augmentée de volume. Congestion hypostatique des bases pulmonaires et emphysème des bords. Catarrhe bronchique. Néphrite parenchymateuse aiguë.

Examen histologique. — Rien de spécial aux poumons et dans la rate, excepté la congestion. Aux reins on trouve un peu d'infiltration dans la partie la plus externe de la capsule; les leucocytes ont occupé les tubes contournés dont les éléments sont comprimés par les cellules de nouvelle formation. L'épithélium des tubes contournés et de quelques tubes droits est gonflé ou bien présente par place une nécrose complète. La lumière des tubes est occupée par les débris de l'épithélium détruit.

Bactériologie. — Le lapin inoculé avec un petit morceau de rein meurt quatre jours après, présentant dans le sang d'abondants diplocoques lancéolés. Culture faite avec du sang de ce lapin montre une grande quantité de cocci lancéolés et quelques rares chaînettes de streptocoques, 1 dixième de centimètre cube du bouillon de culture injecté à une souris amène trente-deux heures après la mort par septicémie. Grande quantité de diplocoques dans les coupes du rein. Ils se trouvent toujours ou dans l'épithélium des tubes ou dans le tissu conjonctif interstitiel.

OBSERVATION XVII

(Michele)

M... Melissa, âgée de quinze mois, allaitée artificiellement présente une diarrhée rebelle à toutes les médications et qui peu intense au commencement devient de plus en plus grave, s'accompagne de vomissements pendant les cinq derniers jours de la vie et conduit à la mort. L'enfant n'a jamais eu de fièvre. L'examen du sang fait dix-huit heures avant la mort est négatif.

Autopsie vingt-six heures après la mort. Hypérémie des méninges surtout de la convexité. Congestion hypostatique des poumons. Rate un peu augmentée de volume. Néphrite parenchymateuse aiguë. Grande quantité d'ascarides lombricoïdes dans l'intestin.

Examen histologique. — Forte congestion de la rate. Une vaste nécrose de l'épithélium des tubes contournés et de beaucoup de tubes droits. Dilatation et replétion des veines rénales. La lumière des tubes est occupée par un exsudat granuleux formé en majeure partie par l'épithélium en voie de destruction. Au poumon, à part de la congestion veineuse, on ne trouve rien.

Bactériologie. — Examen microscopique des reins montre une grande quantité de cocci isolés ou en groupes, peu caractéristiques, mais le lapin inoculé meurt quatre jours après. On trouve dans le sang une énorme quantité de diplocoques lancéolés. La culture faite avec le rein est sale et trouble et par suite n'a pas d'importance. La culture faite

avec du sang de lapin est des plus virulentes, 1/4 de centimètre cube de bouillon de culture tue un lapin en moins de quarante-huit heures.

OBSERVATION XVIII

(Michele)

M. E..., âgée de quinze mois meurt comme la précédente après dix ou quinze jours de maladie pendant laquelle le symptôme prédominant a été la diarrhée. Présente à la fin une température à 39 degrés et vomissements.

Les matières contenaient du lait mal digéré de la bile et du mucus. Mort avec phénomène d'asphyxie. Pendant les derniers jours de la maladie, l'urine en très petite quantité et toujours mélangée avec les matières. A peu près vingt-quatre avant la mort on a extrait par le catétérisme 4 centimètres cubes d'urine sanguinolente. A l'examen on a trouvé 2 gr. 0/00 d'albumine, une grande quantité de globules rouges et quelques leucocytes; des cylindres hématiques et cylindres hyalins. Un grand nombre de diplocoques et de streptocoques encapsulés. Le lapin inoculé avec 1/2 centimètre cube du liquide, meurt trois jours après de septicémie.

Autopsie. — Vingt-huit heures après la mort. Tuméfaction aiguë de la rate. Pneumonie fibrineuse au troisième stade dans tout le poumon gauche et dans le lobe médian du poumon droit. Néphrite parenchymateuse aiguë.

Examen histologique. — Dans les poumons une forte dilatation et réplétion des vaisseaux. Les alvéoles et les bronches

pleines d'exsudat purulent. Augmentation du pigment dans la rate. Vaste nécrose de l'épithélium des tubes contournés et légère infiltration par les éléments de néo-formation dans les zones circonscrites du tissu conjonctif.

Bactériologie. — Dans les coupes des poumons et des reins on voit beaucoup de cocci allongés, isolés ou en groupes et quelques rares chaînettes de 3 éléments. Culture en plaques du rein montre une petite quantité de colonies de streptocoques et staphylocoques lancéolés. Quelques-unes de celles-ci sontensemencées sur bouillon et deux gouttes de bouillon sont injectées sous la peau d'une souris, qui meurt trente-six heures après de septicémie.

Deux lapins sont inoculés, l'un avec du rein, l'autre avec le poumon ; ils meurent quatre jours après présentant dans le sang une grande quantité de diplocoques et streptocoques encapsulés.

Culture des tubes de gélose inclinés montrent trente-six heures après à 37 degrés beaucoup de colonies transparentes typiques de pneumocoque de Fränkel.

OBSERVATION XIX

(De Michele, *Il. Morgagni*, 1896.)

R. G., de deux mois, de la section des nourrissons, meurt après quatre jours de la maladie, durant laquelle elle ne présenta que quelques vomissements, respiration affaiblie, la température fébrile, coma profond.

Autopsie. — Faite vingt-trois heures après la mort.

On trouve : hypérémie de tous les organes, légère conges-

tion de la rate, néphrite aiguë parenchymateuse, stade veineuse dans les poumons.

Examen histologique. — Dans la rate on trouve les vaisseaux hypérémisés, augmentation du nombre des globules rouges déformés dans la pulpe. Dans les reins, l'épithélium des tubes contournés gonflé avec protoplasma granuleux et les noyaux prenant mal les colorants; quelques-uns des canaux en nécrose complète, dans la lumière des canaux on voit la substance granuleuse et il n'existe plus aucune trace d'épithélium normal; la substance corticale est infiltrée des lymphocytes. Stase veineuse des poumons.

Recherche bactériologique. — L'isolement sur bouillon d'Agar fait avec le suc rénal donne lieu à des nombreuses colonies des diplocoques; une de ces colonies fut mise à l'étude à 37 degrés et le troisième jour on en injecta 1 centimètre cube à un lapin qui est mort quarante-huit heures après de septicémie.

Un autre lapin, injecté avec un petit morceau des reins est mort de septicémie cinquante-trois heures après et présente dans le sang un grand nombre de diplocoques et quelques chaînettes de streptocoques. Dans les coupes des reins et des poumons on trouve les mêmes microbes.

OBSERVATION XX

(Michele.)

M. A..., âgée de seize mois. La maladie commence par la toux, température élevée qui oscille entre 38°5 le matin et 39 degrés le soir. Après deux ou trois jours de maladie, la

température descend presque à la normale, mais en même temps la petite malade présente une perte de forces rapide et la mort survient le septième jour dans le coma profond avec la température au-dessous de la normale. L'examen microscopique du sang fait quarante heures avant la mort n'a révélé aucune espèce microbienne.

Autopsie. — Quinze heures après la mort. Les lésions les plus manifestes sont : une légère tuméfaction de la rate ; l'hypérémie de tous les organes sauf l'intestin qui est anémié. Pneumonie fibrineuse au troisième stade des lobes inférieurs des deux poumons. Néphrite parenchymateuse aiguë.

Histologie. — Les alvéoles pulmonaires sont remplies d'un exsudat riche surtout en globules ; cellules endothéliales desquamées, trace de fibrine, dilatation des capillaires. Dans les reins, la lésion prédominante c'est une nécrose diffuse des cellules épithéliales, des tubes contournés avec un exsudat granuleux dans la lumière de quelques-uns des tubes. Dans la rate, une augmentation notable du pigment hématique. Une forte hypérémie du foie.

Bactériologie. — Examen microscopique des coupes du poumon et du rein montre des pneumocoques en petite quantité. Ensemencement en culture du rein reste négatif ; celui du poumon positif. Un lapin inoculé avec un morceau du rein meurt le quatrième jour et présente dans le sang une énorme quantité de diplocoques lancéolés, et de courtes chaînettes de streptocoques encapsulés.

OBSERVATION XXI (Michel)

C...Maria, âgé de seize mois. La maladie commence par une

température élevée, laquelle se maintient pendant toute la durée de la maladie c'est-à-dire pendant huit ou neuf jours. Tousse légèrement et vomit. Le maximum de la température est de 39°5, le minimum de 38 degrés. Mort avec des phénomènes de dyspnée et de collapsus.

Autopsie.— Vingt-quatre heures après la mort ; elle laisse voir les lésions suivantes : un léger amaigrissement ; augmentation des épiphyses et lésions rachitiques des parois thoraciques.

Tuméfaction aigue de la rate ; pneumonie fibrineuse dans tout le poumon gauche et dans les deux lobes inférieurs du poumon droit. Néphrite parenchymateuse aiguë.

Examen histologique. — Les alvéoles pulmonaires sont presque complètement remplies par un exsudat avec prédominance de globules et peu de fibrine ; les capillaires sont dilatés et remplis de sang. L'épithélium des tubes contournés et des tubes droits du rein est gonflé et nécrosé par place. La capsule de Bowmann, ainsi que la lumière des canaux sont remplies par un exsudat amorphe.

Bactériologie.— L'examen microscopique du rein fait voir une grande quantité de diplococques lancéolés et quelques rares chainettes de streptocoques encapsulés. La culture en plaques du rein donne lieu au développement presque exclusif de ce microbe ; deux lapins sont inoculés, l'un avec un morceau du rein, l'autre du poumon ; ils meurent le premier onze jours, le second six jours après l'inoculation. A l'autopsie, le second, présente un grand abcès au lieu d'inoculation dont le pus montre au milieu de différents autres microbes des diplocoques caractéristiques en nombre considérable. La culture faite avec du pus de l'abcès donne naissance aux

colonies de streptocoques et diplocoques lancéolés. Dans le sang du lapin, inoculé avec du poumon, on voit de nombreux diplocoques. Une souris inoculée avec un quart de centimètre cube de sang de ce lapin meurt vingt-quatre heures après, présentant des diplocoques dans le sang.

OBSERVATION XXII (Michele)

T..., Tolello, âgé de six mois. Meurt après avoir présenté des phénomènes asphyxiques et une élévation de température, oscillant entre 37 degrés et 38° 2. La durée de la maladie est de quatre à cinq jours.

Autopsie. — Vingt-trois heures après la mort. On trouve : une pneumonie fibrineuse du premier stade dans tout le poumon gauche et dans le lobe inférieur du poumon droit. Emphysème des bords pulmonaires. Stase dans le foie ; la rate légèrement augmentée de volume avec des follicules bien apparents. Gonflement du rein.

Histologie. — Dans la rate se voit une légère hyperplasie des follicules. Dans les reins, gonflement considérable de l'épithélium des tubes contournés et à un degré plus léger de celui des tubes droits occasionnant la disparition complète de la lumière des vaisseaux. Dans les poumons, une dilatation des alvéoles pulmonaires avec rupture des parois inter-alvéolaires par places. Dilatation des capillaires des parois alvéolaires. Les alvéoles sont remplies d'exsudat franchement fibrineux avec de rares leucocytes.

Bactériologie. — L'examen du rein au microscope ne fait voir aucun microbe. La culture en plaques et en tubes est

suivie d'un résultat négatif. Un lapin auquel on a introduit sous la peau un morceau du rein meurt quarante-huit heures après de septicémie, avec une énorme quantité de diplocoques dans le sang. Ces diplocoques recueillis et inoculés de suite à un autre lapin déterminent encore la septicémie.

Une souris à laquelle on a injecté sous la peau un peu de suc pulmonaire meurt de septicémie avec une grande quantité de diplocoques dans le sang. Les coupes du poumon présentent beaucoup de coccis, de rares diplocoques et quelques chaînettes de coccis encapsulés.

OBSERVATION XXIII (Michele)

G..., Guisto, âgé de douze jours, né de mère syphilitique, meurt sans présenter d'élévation de la température et sans aucun symptômes de lésion organique. La mort est attribuée à la syphilis héréditaire. L'examen du sang fait onze heures avant la mort est négatif.

Autopsie. — Faite vingt et une heures après la mort, montre : une hyperhémie dans tous les organes, catarrhe des grosses bronches, pneumonie bilatérale du premier stade avec emphysème des bords.

Légère tuméfaction de la rate; les reins sont lobulés et tuméfiés.

Histologie. — Dans les poumons, les vaisseaux, les capillaires et les alvéoles sont remplis de grandes quantités de globules rouges et blancs; les bronches par un exsudat purulent. Dans les reins, les glomérules de Malpighi sont fortement tuméfiés, de telle sorte qu'ils occupent toute la capsule.

Légère infiltration des leucocytes dans la substance corticale. Commencement de dégénérescence de l'épithélium des tubes contournés. Hyperhémie de la rate.

Bactériologie.— L'examen microscopique des poumons et des reins montre un grand nombre de cocci réunis en chaînettes, beaucoup de cocci isolés et une petite quantité de diplocoques typiques. La culture en plaques du poumon et du rein montre des colonies nombreuses des banales bactéries de putréfaction, quelques colonies de staphylocoque blanc et une grande quantité de colonies de diplocoque de Fraenkel. Le lapin inoculé avec un morceau de rein meurt trente-six heures après de septicémie présentant dans le sang une énorme quantité de bactéries spécifiques. Un autre lapin inoculé avec du poumon meurt dix-huit heures après avec les mêmes phénomènes que le premier.

OBSERVATION XXIV (Michele)

P... Térésa, âgée de un an. La maladie commence par la toux et une température fébrile qui ne dépasse pas les premiers jours 38° 5. La toux devient de plus en plus forte, tandis que la température tombe au bout de deux jours de quelques dixièmes au-dessous de la normale. Mort au bout de huit jours avec phénomènes dyspnéiques et coma profond.

Autopsie.— Vingt-deux heures après la mort. On trouve : anémie des organes, excepté le cerveau qui est fortement hyperhémie ; pneumonie bilatérale du troisième stade ; légère tuméfaction de la rate.

Histologie. — Dans la rate, phénomènes d'hyperhémie.

Dans les reins, commencement de nécrose de l'épithélium des tubes contournés.

Dans les poumons, une grande congestion, exsudat composé principalement de globules dans les alvéoles.

Bactériologie. — La culture du rein en plaques donne des colonies typiques de diplocoques, tandis que l'examen microscopique du rein reste négatif. Le lapin inoculé avec un morceau de rein meurt trente-six heures après de septicémie à diplocoques, avec une grande quantité de pneumocoques et streptocoques encapsulés dans le sang ; la culture en bouillons de ces microbes est virulente pour le lapin. La culture du poumon et l'inoculation du lapin avec le suc pulmonaire donne du diplocoque lancéolé, lequel se colore très bien par la méthode de Gram sur les coupes.

OBSERVATION XXV

(Michele)

P... Mariono, de deux mois. La maladie commence brusquement par 38 degrés de fièvre, qui monte le lendemain à 38°5, par la toux et les vomissements. Refuse le sein et meurt le sixième jour de la maladie avec la température un peu au-dessous de la normale et phénomènes de collapsus et de dyspnée. L'examen bactérioscopique et microscopique du sang vingt-sept heures avant la mort est négatif. La culture donne quelques rares colonies de staphylocoque blanc.

Autopsie. — Faite vingt-trois heures après la mort, montre : pleuro-pneumonie fibrineuse du premier stade à droite, congestion hypostatique du poumon gauche. Tuméfaction des

reins ; hyperhémie du cerveau et du foie ; rien de particulier dans les autres organes.

Histologie. — Dans les poumons en dehors de dilatation et réplétion des vaisseaux, on voit presque toutes les alvéoles remplies de globules rouges et d'un exsudat fibrineux riche en lymphocytes. Infiltration leucocytaire de la région sous-pleurale à droite. L'épithélium des tubes contournés des reins est nécrosé. Sur la gainc conjonctive de quelques tubes on ne voit qu'un détritüs sous-structuré, reste des cellules épithéliales. Dans le tissu conjonctif de la région corticale, infiltration considérable des leucocytes. Dans la rate des globules rouges intacts ou en voie de déformation, et dans la pulpe une grande quantité d'hémoglobine libre.

Bactériologie. — Sur les coupes du rein et du poumon, petite quantité de diplocoques et de rares streptocoques. Un lapin inoculé avec un morceau de rein meurt quatre-vingt-dix-huit heures après, présentant dans le sang une énorme quantité de diplocoques de Fränkel ; 1/5 centimètre cube de culture en bouillon faite avec du sang de lapin et développée à 37 degrés, inoculée sous la peau d'une souris la tue en vingt et une heures. Dans le sang de celle-ci on voit d'abondants diplocoques avec de rares et courtes chaînettes. A un autre lapin on inocule sous la peau un petit morceau du poumon droit. Le lapin meurt quarante-deux heures après d'une septicémie très évidente.

OBSERVATION XXVI

(Michele)

R... Rose, âgée de quinze mois. La maladie commence par une forte fièvre et phénomènes de sténose laryngée. Mort quarante-huit heures après avec signe d'asphyxie.

Autopsie. — Faite vingt-cinq heures après la mort, montre des lésions suivantes : dans le larynx, la trachée et les bronches jusqu'à la pénétration de celles-ci dans le parenchyme du poumon, la muqueuse est recouverte par un exsudat fibrineux s'enlevant facilement et faisant voir alors des érosions de l'épithélium. Pneumonie au premier stade ; signes de néphrite parenchymateuse aiguë ; légère tuméfaction de la rate ; stase veineuse du foie.

Histologie. — Gonflement et nécrose de l'épithélium rénal avec exsudat dans la lumière des tubes. Dilatation des alvéoles pulmonaires avec rupture des parois inter-alvéolaires. D'autres alvéoles remplies de sang ou d'un exsudat fibrino-purulent. Hyperhémie de la rate.

Bactériologie. — Examen microscopique du poumon et du rein, confirmé par la culture, montre une énorme quantité de diplocoques lancéolés. Le même résultats'obtient à l'examen de l'exsudat fibrineux du larynx. Les plaques d'isolement fait avec celui-là donnent de nombreuses colonies de streptocoque pyogène, moins nombreuses néanmoins que celles de diplocoque. Deux lapins sont inoculés respectivement avec le rein et avec l'exsudat fibrineux. Les deux meurent vingt-quatre heures après, présentant dans le sang le seul

diplocoque en grande quantité. Cultures en bouillon et sur agar faites avec ce dernier donnent des diplococques et sont virulentes pour la souris.

OBSERVATION XXVII

(Michele)

F... Félice, âgé de seize jours, meurt sans présenter de fièvre, refusant la nourriture, en un espace de trois ou quatre jours avec amaigrissement, coma, léger œdème des membres inférieurs.

Autopsie. — Faite vingt-deux heures après la mort. Une forte hyperhémie principalement veineuse dans tous les organes. Néphrite parenchymateuse aiguë. État général d'hypertrophie grave.

Histologie. — Fait noter seulement une grave nécrose de l'épithélium des tubes urinifères et une infiltration considérable de leucocytes dans toute la substance corticale du rein.

Bactériologie. — L'examen des coupes du rein montre de beaux et importants diplocoques. Un lapin inoculé avec un morceau de rein meurt quarante-huit heures après la septicémie, en même temps qu'un autre inoculé avec 1 centimètre cube environ d'urine trouvée dans la vessie après la mort. Dans le sang des deux animaux, nombreux pneumocoques. La culture faite avec ceux-là est positive et virulente.

OBSERVATION XXVIII

(Michele)

I... Pancrazio, âgé de dix-huit mois. N'a présenté pendant sa maladie, qui a duré onze jours, qu'un amaigrissement progressif malgré l'allaitement par une *balie* robuste. Pendant les quatre derniers jours présenta de l'œdème des membres inférieurs. Pas de fièvre. Vingt-sept heures environ avant la mort, on extrait avec la sonde élastique 2 centimètres cubes de l'urine sanguinolente qu'on injecte sous la peau d'un lapin. Celui-là meurt trois jours après et on trouve dans le sang des diplocoques et des streptocoques encapsulés en grande quantité.

Autopsie. — Faite vingt-trois heures après la mort. Hyperhémie de tout le système nerveux central. Légère congestion passive des poumons. Stase veineuse du foie. Néphrite parenchymateuse aiguë.

Histologie. — Lésions du rein seulement. Gonflement de l'épithélium des tubes droits et contournés jusqu'à disparition de la lumière des canaux. Dans d'autres points nécrose complète des cellules. Exsudat riche en lymphocytes dans la capsule de Bowmann.

Bactériologie. — L'examen des coupes du rein montre quelques rares diplocoques. Mais la culture en plaques d'agar donne des colonies nombreuses et typiques. Un lapin inoculé sous la peau avec un morceau de rein meurt quarante-huit heures après de septicémie pneumococcique. La

culture du sang est positive et virulente. Un autre lapin inoculé avec un morceau de poumon meurt vingt-sept jours après, très amaigri, sans lésions appréciables et sans microbes dans le sang.

CONCLUSIONS

CARACTÈRES CLINIQUES

La néphrite pneumonique des enfants est une affection rare qui se présente sous trois modalités cliniques différentes :

α) Albuminurie au cours de la pneumonie, simple épisode d'une maladie infectieuse, sans gravité particulière ;

β) Néphrite pneumonique à forme grave, la plus fréquente ;

γ) Néphrite pneumonique à forme bénigne, beaucoup moins fréquente.

Ces deux dernières formes constituent la néphrite pneumonique proprement dite que nous étudierons chez l'enfant.

A. — *Forme grave.* — Cette forme se traduit cliniquement par les symptômes habituels des néphrites aiguës : œdèmes ; modification de la sécrétion urinaire (oligurie ou anurie, hématurie, etc.).

De plus apparaissent des symptômes traduisant la lésion pulmonaire pneumococcique, qui est dans l'immense majorité des cas une broncho-pneumonie.

Des symptômes généraux très intenses traduisent l'infection de l'organisme.

La température le plus souvent élevée s'abaisse dans quelques cas au-dessous de la normale. La mort survient dans le coma.

B. — *Forme bénigne.* — Cette forme se traduit cliniquement par les mêmes symptômes que la forme grave, mais ceux-ci diminuent rapidement et la maladie évolue vers la guérison. Les caractères de cette forme sont les suivants :

1° La température toujours élevée, tombe brusquement à la fin de la maladie ;

2° L'état général est beaucoup moins atteint ;

3° La lésion pulmonaire qui accompagne la néphrite est une pneumonie à allure franche ;

4° Il s'agit toujours d'enfants plus avancés en âge.

Pronostic. — Le pronostic de la néphrite pneumonique proprement dit est fort grave ; la mortalité atteint un chiffre fort élevé.

Anatomie pathologique

La néphrite pneumonique est caractérisée par des lésions profondes du parenchyme rénal frappant particulièrement les tubes contournés dont l'épithélium se détruit ; elle respecte la tramée conjonctive et

provoque une destruction rapide du tissu noble du rein.

Il est aisé de mettre en évidence la présence de pneumocoque dans le rein.

Vu : Le Président de la thèse,

HUTINEL

Vu : le Doyen,

LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- HUTINEL. — Les Maladies des enfants, t. III.
- BROUARDEL et GILBERT. — Traité de médecine et de thérapeutique, t. X. Art. Pneumococcémie, t. XXI, Rein.
- CAUSSADE. — La Néphrite pneumonique. Thèse de Paris, 1890.
- PRISTELLE. — Pneumococcémie à localisations multiples. Thèse de Paris, 1900-1901.
- LIPPMANN. — Le Pneumocoque et les pneumococcoses. Actualités médicales, 1900.
- DUSSAND. — Néphrite pneumonique. Thèse de Toulouse, 1897-1898.
- COURSALT. — Des Déterminations pulmonaires et rénales concomitantes de l'infection pneumococcique chez l'enfant. Thèse de Paris, 1902.
- RICHARDIÈRE. — Néphrite pneumonique (Jour. méd. int. Paris, 1902, v. 75-77).
- FAULHABER. — Ueber das Vorkommen von Bacterien in den Nieren bei akuten Infections Krankheiten Beitrage zur pathologischen Anatomie und zur Allgemeinen Pathologie, 1891.
- FRENKEL. — Beitrage zur Kenntniss des akuten Pneumon (Zeitschrift für Klin. med. Berlin, 1894).
- MIRCOLI. — Primaire mykotische Nierenentzündungen der Kinder (Centralbl. f. d. med. Wissensch., 1887).
- MOHMSEN. — Nephritis acuta als complicat. des Pneumonia (Deutsch med. Wissensch. Berlin, 1879).

- P. DE MICHELE — Sella frequenza della nefrite primaria et secondaria del diplocco lanceolato 524-542 (Il Morgagni, 1896).
- GALLIENGA. — Infezione diploc. renale primitiva polmonare tardiva. 481-512 (Clin. med. ital. Milain, 1903).
- PANSINI. — Alcuni casi di nefrite primaria acuta del diplococco Prenkel (Riforma med., 1893).
- FERRAND et d'HALLUIN. — Infection pneumococcique suraiguë à localisation rénale prédominante. Soc. de pédiâtrie, 1908.
- WAGNER. — Beitrage zur Kenntniss der acuten Morbus Brighti. Arch. f. Klin. med., 1879-1880).
-

